

EUNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**O BEM-ESTAR SUBJECTIVO EM IDOSAS
INSTITUCIONALIZADAS: A INFLUÊNCIA DA
AUTONOMIA FUNCIONAL E DO MEIO
ECOLÓGICO**

Ana Isabel Tarana Magarreiro

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia
Dinâmica)

2008

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**O BEM-ESTAR SUBJECTIVO EM IDOSAS
INSTITUCIONALIZADAS: A INFLUÊNCIA DA
AUTONOMIA FUNCIONAL E DO MEIO ECOLÓGICO**

Ana Isabel Tarana Magarreiro

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia
Dinâmica)**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Duarte
Silva**

2008

Agradecimentos

De uma forma muito especial agradeço à Prof. Doutora Maria Eugénia Duarte Silva, toda a motivação que me soube transmitir, assim como as críticas e sugestões que me fez e que tanto me ensinaram, revelando o empenho e interesse que desde a primeira hora colocou nesta orientação.

À Prof. Doutora Maria Amália Botelho, que sempre me recebeu quando eu precisava, agradeço toda a disponibilidade, apoio e incentivo.

À Prof. Doutora Margarida Pedroso de Lima agradeço a disponibilidade e cortesia que revelou, sempre que eu solicitei a sua ajuda.

Não poderia deixar de agradecer também a todas as idosas que participaram neste estudo, bem como aos directores técnicos das instituições, pois sem a sua amável colaboração este trabalho não teria sido possível.

Índice

Resumo	1
Abstract	2
Introdução	3
Processo de envelhecimento	3
Institucionalização	5
Capacidade funcional	7
Envelhecimento bem sucedido	9
Bem-Estar Subjectivo	11
Meio urbano <i>versus</i> meio rural	17
 Objectivos	21
 Método	22
Caracterização da amostra	22
Contexto	25
Plano experimental	25
Instrumentos	27
Procedimento	30
Procedimento estatístico	32
 Resultados	33
 Discussão	42

Conclusão	48
Bibliografia	49
Anexos	56

Índice de Quadros

Quadro 1 – Características sócio-demográficas do grupo 1, grupo 2 e grupo 3	23
Quadro 2 – Avaliação do estado cognitivo	30
Quadro 3 – Resultados do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney referentes à autonomia funcional e ao BES (grupo 1 e grupo 2)	34
Quadro 4 – Resultados do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney referentes ao BES e ao meio ecológico (grupo 2 e 3)	35

Índice de Figuras

Figura 1 – Análise comparativa dos três grupos relativamente à componente cognitiva da variável BES (valores medianos)	36
Figura 2 – Análise comparativa dos três grupos relativamente à componente de afecto positivo da variável BES (valores medianos)	37
Figura 3 – Análise comparativa dos três grupos relativamente à componente de afecto negativo da variável BES (valores medianos)	37
Figura 4 – Análise comparativa dos três grupos relativamente à diferença entre PA e NA (valores medianos)	38
Figura 5 – Médias da componente cognitiva da variável BES, relativamente às profissões exercidas no passado	39
Figura 6 – Médias da componente afectividade positiva, relativamente às profissões exercidas no passado	40
Figura 7 – Médias da componente afectividade negativa, relativamente às profissões exercidas no passado	40

Figura 8 – Médias da diferença entre a componente de afecto positivo e negativo da
variável BES, relativamente às profissões exercidas no passado 41

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Significado
BES	Bem-Estar Subjectivo
MAB	Método de Avaliação Biopsicossocial (Botelho, 2000)
MMSE	Mini-Mental State Examination (Folstein, 1975)
SWLS	Escala de Satisfação com a Vida (Diener <i>et al.</i> , 1985)
PANAS	Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark & Tellegen, 1988)
PA	Afectividade positiva
NA	Afectividade negativa

Resumo

Enquadrado no recente movimento da psicologia positiva, o Bem-Estar Subjectivo (BES) tem sido amplamente estudado. O campo do BES compreende a análise científica do modo como os indivíduos avaliam as suas vidas (Diener, 1984) e possui três componentes primários distintos, que se interrelacionam entre si: a satisfação com a vida, o afecto positivo e um baixo nível de afecto negativo (Diener, 2000).

O presente estudo foi desenhado para determinar, de forma empírica, se a autonomia funcional e o meio ecológico influenciam o BES, em idosas institucionalizadas (o estudo da relação entre o BES e o meio ecológico tem gerado conclusões contraditórias).

Neste estudo participaram 36 indivíduos, do sexo feminino, institucionalizados e sem deterioração cognitiva. Foram seleccionadas 24 idosas num lar de Lisboa e 12 idosas em três lares do concelho de Elvas, Alentejo. Utilizou-se o MAB (Método de Avaliação Biopsicossocial – Botelho, 2000), para classificação da autonomia funcional. Posteriormente, foram criados três grupos, com base na avaliação da funcionalidade e no meio ecológico: independente/urbano, dependente/urbano e dependente/rural. A cada participante foi aplicada, de forma individual, a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), (Diener *et al.*, 1985) e a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), (Watson, Clark e Tellegen, 1988).

Os resultados infirmaram a hipótese 1, de que as idosas independentes residentes em meio urbano possuem um nível de BES mais elevado do que as idosas dependentes residentes em meio urbano. A hipótese 2, de que as idosas dependentes residentes em meio rural possuem um nível de BES mais elevado do que as idosas dependentes residentes em meio urbano, foi no entanto, confirmada pelos resultados. Enquanto que as idosas rurais não são muito exigentes, porque a vida assim as condicionou, e são felizes se as suas necessidades básicas forem colmatadas, as idosas urbanas necessitam de muito mais para se sentirem bem.

Palavras-chave: Envelhecimento, Institucionalização, Bem-Estar Subjectivo, Autonomia Funcional, Meio Ecológico.

Abstract

Placed on the most recent movement of positive psychology, the Subjective Well-Being (SWB) has been widely studied. The field of SWB involves the scientific analysis of the way how the individuals evaluate their lives (Diener, 1984) and it has three distinct basic components, that have connections between themselves: satisfaction with life, positive affect and a low level of negative affect (Diener, 2000).

The present study was traced in order to determine, in an empiric way, if the functional autonomy and the ecological environment have any influence in the SWB, in aged institutionalized women (the study of the relation between SWB and the ecological environment has led to contradictory conclusions).

In this study we had the participation of thirty-six individuals, all women, institutionalized and with no cognitive deterioration. Twenty-four aged women were selected in a hearth in Lisbon and twelve in a hearth in the Elvas area, Alentejo. It was used the MAB (Método de Avaliação Biopsicossocial – Botelho, 2000), in order to classify the functional autonomy. Later, three groups were created, based on functionality's evaluation and on the ecological environment: independent/urban, dependent/urban and dependent/rural. Each participant was considered, individually, in terms of The Scale With Life Satisfaction (SWLS), (Diener et al., 1985) and the *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), (Watson, Clark and Tellegen, 1988).

The results had confirmed the hypothesis 1, that is about the aged independent living in an urban environment have a higher SWB level than the aged dependent living in an urban environment. Hypothesis 2, that refers to the aged dependent living in an rural environment have a higher SWB level than the aged dependent living in an urban environment, which was, however assured by the results. While the rural aged women are not very demanding, because their way of life has conditioned by life and they are happy if their basic needs are satisfied, the urban aged women need much more to feel well.

Key-words: Ageing, Institutionalization, Subjective Well-Being, Functional Autonomy, Ecological Environment.

Introdução

Com a diminuição da natalidade e com o consequente aumento da taxa de envelhecimento da população, evidencia-se um dos desafios mais importantes do século XXI que obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a qualidade de vida dos idosos, e sobre o próprio modelo social vigente (INE, 2002), de forma a que se possa proporcionar aos idosos um maior bem-estar físico, psicológico e social.

A população portuguesa sofreu recentemente um aumento acelerado da taxa de envelhecimento, enquadrando o seu grau de envelhecimento demográfico no padrão da média Europeia. Os resultados definitivos dos Censos 2001 apontam para uma superioridade numérica das pessoas idosas comparativamente com os jovens (102 idosos por cada 100 jovens com menos de 15 anos). A proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 16% em 2001. De acordo com as projecções demográficas elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população (Carrilho & Gonçalves, 2004).

Observam-se em Portugal assimetrias regionais do fenómeno de envelhecimento. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e a região Norte de Portugal continental detêm a mais baixa taxa de envelhecimento, enquanto que a maior pertence ao Alentejo, seguido do Algarve e do Centro (INE, 2002).

Torna-se bastante necessário atender à esperança de vida sem incapacidade física de longa duração. O envelhecimento da população do sexo feminino está associado a um maior número de incapacidades. Embora as mulheres vivam mais anos, a esperança de vida sem incapacidades é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens (INE, 2002).

Processo de envelhecimento

O processo de envelhecimento revela-se complexo, implicando envelhecimento biológico e social, a que cada indivíduo se ajusta do ponto de vista psicológico. No processo de envelhecimento, a adaptação implica a compensação de perdas através de recursos a novas estratégias de pensamento e a novas estratégias de resolução de problemas, que reflectem

bem a experiência de vida de cada um (Paúl, 2005). As transformações de ordem física determinam um desafio para a pessoa que envelhece, exigindo a aceitação de um novo self, associado a um corpo fisicamente menos robusto e menos capaz, diferente da imagem da juventude. Com todas as mudanças e desafios que o idoso encontra nesta fase, a identidade irá sofrer uma reelaboração (Duarte Silva, 2005).

Erikson (1982) foi um dos autores a conceber um modelo que abarca todo o ciclo de vida humano. Segundo o autor, o ciclo de vida é o resultado de uma sequência de fases de desenvolvimento, tendo tanto o ego como a realidade social um papel preponderante. A identidade constrói-se ao longo de toda a vida, estando em permanente reelaboração (Erikson, 1982).

Erikson descreve oito conflitos característicos do desenvolvimento humano: confiança básica *versus* desconfiança básica; autonomia *versus* vergonha e dúvida; iniciativa *versus* culpa; aplicação ao trabalho *versus* inferioridade; identidade *versus* confusão de papéis; intimidade *versus* isolamento; generatividade *versus* estagnação; integridade *versus* desespero. Por cada fase existe um conflito ou crise e é através da resolução de cada conflito que o indivíduo se desenvolve. A boa resolução de conflitos promove o crescimento, o desenvolvimento do self e da identidade, bem como a boa adaptação do indivíduo. A forma como cada indivíduo resolve, ou não, cada crise, vai determinar a capacidade de resolução do conflito seguinte, ficando o indivíduo mais fortalecido ou mais enfraquecido (Erikson, 1982).

Erikson encara o envelhecimento como o culminar do desenvolvimento dos sete conflitos anteriores, um período durante o qual o indivíduo reflecte sobre a sua vida e revive os seus triunfos e desapontamentos, incorporando no self memórias e experiências significativas acerca de si próprio e do mundo. O sentido de “integridade do eu”, objectivo prioritário desta fase do ciclo de vida – o envelhecimento – seria alcançado na medida em que a pessoa se revelasse capaz de aceitar e integrar as realizações e os fracassos, assumindo a responsabilidade por ambos, pelo que se foi e pelo que se é. Se este conflito for bem resolvido, atinge-se o desenvolvimento da integridade do ego. Com a aceitação da vida passada, o indivíduo não irá recear a morte, pressupondo um equilíbrio e uma boa adaptação aos sete estádios anteriores, o que levará a um balanço positivo e a um sentimento de satisfação perante a vida (Erikson, 1982).

O funcionamento individual, com maior ou menor saúde mental prender-se-á com a idiossincrasia da sua história de vida, pela sua resiliência, pelo meio ambiente no qual se insere e pela sua situação de vida actual. Atingir a velhice significa que foi possível

sobreviver a muitas experiências e adaptar-se a desafios específicos de todas as outras fases da vida (Duarte Silva, 2005).

Para entender a velhice, é necessário explorar todo o ciclo de vida, na medida em que, esta fase do ciclo de vida depende de todo o percurso anterior (Duarte Silva, 2005).

Institucionalização

Para o idoso que se confronta com a crescente deterioração de ordem física e psicológica, perda de autonomia funcional, e a diminuição da capacidade do meio para o ajudar a superar tais incapacidades, torna-se necessário, encarar a hipótese de internamento numa instituição (Fernandes, 2002).

Os serviços institucionais representam um recurso importante para os idosos que estão impossibilitados de viver sozinhos e com qualidade de vida. No entanto, pode-se considerar que comportam riscos para o idoso, podendo causar regressão e desintegração social, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas e ausência de estimulação intelectual. Tudo isto pode levar à perda de amor-próprio, interesses e respostas emocionais diminuídas, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesses pelo mundo exterior (Fernandes, 2002). A instituição é, na maioria dos casos, a última casa onde se vai viver, e o facto de se viver em permanente contacto com a alheia e a sua própria vulnerabilidade, deterioração, dependência e até mesmo a morte, leva a que o idoso tenha tendência a deprimir-se e a desinteressar-se de viver (White & Janson, 1986).

A vulnerabilidade ao stress da instituição está relacionada quer com características pessoais, quer com características ambientais. As características pessoais são referentes a atributos que variam entre os indivíduos e que podem aumentar ou diminuir a capacidade de lidar com a situação promotora de stress. As características ambientais remetem para aspectos ecológicos que podem ou não incrementar a componente de stress inerente à institucionalização (Tobin, 1989).

Embora a motivação principal do ser humano seja a de controlar o ambiente, isto não é possível em contextos institucionais rígidos. Felton e Kahana (1974), citado por White e Janson (1986), descobriram que o locus de controlo externo está positivamente correlacionado com um ajustamento positivo à vida na instituição. De facto, o alto nível de controlo externo é real, pelo que o locus de controlo externo se revela adaptativo num ambiente em que todas as regras são impostas por outros. (White & Janson, 1986). Também a

adopção de uma estratégia de controlo secundário (aceitação do ambiente, sem haver a tentativa de o alterar) é mais benéfica do que os esforços frustrados do controlo primário (modificação do ambiente externo), que podem apenas resultar em desespero (White & Janson, 1986).

Alguns estudos sugerem que os efeitos da vida institucional podem ser menos nocivos do que geralmente se supõe. O impacto que a institucionalização terá sobre a interacção social parece exercer uma influência importante sobre a auto-estima. Esta pode ser negativamente afectada, no entanto, existem opiniões diferentes, considerando que a institucionalização poderá, na verdade, ser útil para a auto-estima do idoso, por aumentar as oportunidades de interacção e papéis sociais adequados ao sujeito (Fernandes, 2002).

Segundo um estudo exaustivo de Paúl (1992, 1997), citado por Fonseca (2005), os idosos residentes em lares tendem a sentir-se mais sós e insatisfeitos, afastados das suas redes sociais, num dia-a-dia monótono e sem esperança ou investimento no futuro terreno. Em contrapartida, vivem menos agitados e têm atitudes mais positivas face ao envelhecimento. Quanto aos idosos residentes na comunidade que experimentam um reduzido bem-estar psicológico, tal ficava a dever-se, sobretudo, à falta de apoio adequado mesmo para a realização de tarefas de rotina (Fonseca, 2005).

Num estudo comparativo efectuado junto de dois grupos de idosos espanhóis, um composto por indivíduos institucionalizados e o outro por indivíduos a residir em meio familiar, Castellón (2003) verificou não existirem diferenças relevantes entre ambos, ou seja, a saúde é a preocupação principal e todos desejam, no fundo, viver o melhor possível. Apesar dos principais motivos na origem da ida para o lar se relacionarem com factores susceptíveis de gerar um impacto negativo na qualidade de vida (viuvez, doença), estes idosos valorizam positivamente a institucionalização, algo que o autor explica pelo papel determinante que as relações interpessoais exercem na “produção” de satisfação de vida: “A valorização que os residentes fazem da qualidade das suas relações pessoais é um bom indicador da integração social dos idosos. Nas suas relações com os outros, todos declaram ter bons amigos e gozarem de bom ambiente no local onde vivem” (Castellón, 2003, p.190).

O ambiente é um factor importante a ter em conta na problemática das pessoas idosas. Quando o ambiente é inadequado, percepcionado pelo idoso como perigoso e ameaçador da sua integridade, este pode regredir, refugiando-se na segurança do seu mundo interior. Isto pode originar a deterioração rápida do estado de saúde do idoso (Fernandes, 2002).

Capacidade Funcional

O conceito de capacidade funcional relaciona-se com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos. Estas tarefas compreendem os cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive e asseguram a possibilidade de se viver de forma auto-suficiente (Fillenbaum, 1984; Botelho, 2000). A capacidade funcional para o desempenho de tarefas do dia-a-dia comporta benefícios para a saúde física e mental, e é determinante do bem-estar social (Fillenbaum, 1984). Revela-se assim extremamente importante a avaliação funcional multidimensional da população idosa. Esta avaliação terá como objectivo identificar perturbações funcionais, físicas, mentais, sociais, económicas e ambientais, assim como contribuir para a manutenção e/ou recuperação da tão importante capacidade funcional, conservando-a o máximo de tempo possível (Lawton, Moss, Fulcomer e Kleban, 1982; Stuk, Siu, Wieland, Adams, & Rubenstein, 1993; Siu, Reuben & Moore, 1994; Bowling, 1997; Organização Mundial de Saúde, 2003; Carvalho, Peixoto & Capella, 2007). O ideal seria o idoso viver bastantes anos e tanto quanto possível, de forma autónoma. A capacidade funcional deverá então ser relacionada com factores intrínsecos ao indivíduo, mas também extrínsecos, de natureza social, económica e ambiental (Botelho, 2000).

A avaliação da capacidade funcional subentende a avaliação conjunta quer da autonomia física quer da autonomia instrumental (Botelho, 2000).

A autonomia física liga-se ao conjunto de actividades básicas diárias, relacionadas com cuidados pessoais diários, como lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963). A primeira escala a avaliar a autonomia nas actividades básicas do dia-a-dia foi a escala *Index of Activities of Daily Living*, elaborada por Katz (1963). A execução das actividades básicas tem por base uma organização motora e neurológica, no entanto é também influenciada pela cultura na qual se inscreve o indivíduo. Segundo o autor, a ordem com que o idoso perde a capacidade para executar determinadas tarefas é inversa à ordem segundo a qual a criança adquire essa mesma capacidade (Katz, et. al. 1963).

A autonomia instrumental é referente a tarefas que permitem ao indivíduo a sua integração no meio ambiente (Fillenbaum, 1984) tais como: utilizar o telefone, fazer compras, gerir dinheiro, tomar medicamentos, usar meios de transporte e executar tarefas domésticas (Botelho, 2000). A primeira escala de avaliação da autonomia instrumental,

Instrumental Activities of Daily Living Scale, foi desenvolvida por Lawton e Brody, em 1969 (Lawton & Brody, 1969).

Segundo Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher e Stahelin (2006), os recursos físicos são óptimos preditores da autonomia física, enquanto que os recursos psicológicos são os que melhor predizem a autonomia instrumental. As actividades instrumentais revelam-se assim mais complexas e determinadas culturalmente do que as actividades básicas do dia-a-dia.

Botelho (2000), devido a condicionalismos próprios das escalas *Index of Activities of Daily Living* e *Instrumental Activities of Daily Living Scale*, fez a compilação numa só escala das tarefas de autonomia física e instrumental. Segundo a autora, a capacidade funcional pode ser classificada em dois grandes grupos: Independente e Dependente. Por sua vez, o grupo Independente compreende dois subgrupos: Independente e Autónomo; enquanto que o grupo Dependente compreende os subgrupos Dependente e Incapaz. O idoso é *incapaz* se necessita indispensavelmente de terceiros e nunca colabora; é *dependente* se necessita indispensavelmente de terceiros, para substituição funcional, na qual colabora; é *autónomo* se necessita indispensavelmente de meios de apoio ou ocasionalmente de terceiros, sendo neste caso colaborante; o idoso é *independente* se não necessita de pessoas e/ou meios para substituição funcional (Botelho, 2000).

A dependência em determinadas tarefas pode ser vista à luz do modelo *Optimização Selectiva com Compensação* (descrito adiante) (Freund & Baltes, 1998). Segundo os autores, o idoso na fase de compensação aumenta a sua dependência nas capacidades debilitadas, para poder canalizar a sua energia para tarefas prioritárias, o que tem um carácter adaptativo. Vista a dependência como adaptativa, mas de uma outra perspectiva, Baltes e Reizenzein (1986) referem que a dependência poderá constituir uma fonte de contacto social e atenção, anteriormente em falta, para o idoso. A dependência pode assim representar um ganho secundário bastante valioso para o indivíduo. No entanto, não quer isto dizer que todas as condutas dependentes sejam adaptativas. O facto de um idoso se ver obrigado a depender e receber ajuda de terceiros para as suas actividades diárias, tem um forte impacto negativo, promovendo sentimentos de impotência, vulnerabilidade e debilidade, podendo levar à baixa de auto-estima e ao isolamento social (Verdugo & Gutiérrez-Bermejo, 1999).

É de extrema importância a adequação da intervenção ao nível dos cuidados prestados, ao idoso. Uma inadequação ao nível dos cuidados prestados pode ter consequências potencialmente negativas. Se forem prestados cuidados mais intensos do que os necessários, o idoso pode tornar-se mais dependente. Por outro lado, se houver défice de

cuidados, a qualidade de vida do idoso será negativamente afectada. Também os prestadores de cuidados sofrerão as consequências de uma avaliação incorrecta da funcionalidade do idoso, pelo que de uma forma ou de outra, ficarão sobrecarregados (Campos, 1982).

Para que o envelhecimento seja uma experiência bem sucedida, há que promover a autonomia e independência (Botelho, 2000).

Segundo Charazac (2004), a dependência é uma relação que compromete o sujeito na totalidade do seu corpo e do seu psiquismo. A passagem para a forma de dependência, através de regressão, faz reviver angústias antigas, sendo a qualidade dos objectos internos que torna a dependência mais ou menos tolerável. A relação de dependência pode ser vivida como uma ferida que cria uma perda narcísica ou como uma verdadeira satisfação, consolidando a segurança interna do sujeito.

Na relação de dependência, o prestador de cuidados representa então o objecto materno (Charazac, 2004). O cuidador do idoso deve ser a “*mãe suficientemente boa*” de Winnicott, deve estar disponível, transmitir ao idoso que as suas necessidades serão atendidas, e atendê-las de facto, conter e transformar as angústias do idoso – a *função alfa* de Bion e dar significado às suas emoções, de forma a reduzir as suas ansiedades e principalmente amá-lo incondicionalmente.

Envelhecimento bem sucedido

O envelhecimento óptimo ou bem sucedido está associado à reduzida probabilidade da existência de doenças, em especial às doenças que causam perda de autonomia. A manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico, a conservação de empenho social e o bem-estar subjectivo são também factores associados à velhice bem sucedida (Fontaine, 2000; Simões, 2006).

As teorias de envelhecimento bem sucedido vêem os indivíduos idosos como pró-activos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de objectivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal de recursos que são úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade e envolvendo-se activamente na preservação do seu bem-estar. Tais objectivos são dirigidos, habitualmente, para áreas como a saúde, a autonomia pessoal, a estabilidade emocional, a auto-estima, o casamento, a vida familiar e as relações de amizade. De um modo geral, envelhecer com sucesso corresponde à adopção de estratégias de *coping*

adequadas para lidar com os desafios inerentes ao processo de envelhecimento (Fonseca, 2005).

Segundo Paúl (1996, citado por Fonseca, 2005) o conceito de envelhecimento bem sucedido só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sócio-cultural, integrando a sua vida actual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas, dando o devido relevo ao “sentir subjectivo de cada indivíduo, completamente idiossincrático, que se compreende à luz da construção da história de cada um”.

Deve-se fazer a distinção entre envelhecimento normal, patológico e óptimo. O envelhecimento dito *normal* ocorre sem condições de patologia biológica ou psíquica; o envelhecimento *patológico* poderá ser caracterizado pela degenerescência associada a doenças crónicas (físicas ou psíquicas) e a doenças e síndromes típicos da velhice; e o envelhecimento *óptimo*, dito com sucesso, corresponde a um estado de referência ideal, em que as capacidades biológicas e psicológicas permitem uma adaptação muito satisfatória, do ponto de vista pessoal e social (Baltes & Baltes, 1990). Tanto o envelhecimento normal como o envelhecimento óptimo traduzem sanidade mental, no entanto o último representa uma maior qualidade de saúde, na medida em que o indivíduo procura activamente melhorar o seu funcionamento e desempenho, propiciando o desenvolvimento de bem-estar psicológico (Duarte Silva, 2005).

O princípio da *Optimização Selectiva com Compensação* (SOC) (Freund & Baltes, 1998) está associado ao envelhecimento óptimo. O idoso selecciona, do vasto leque de áreas de interesse presentes na sua vida, determinados focos de interesse nos quais vai investir. Este investimento actua no sentido de otimizar o desempenho nos focos de interesse e compensar perdas ocorridas com o envelhecimento. O modelo proposto por Freund e Baltes (1998) conceptualiza o envelhecimento como um processo de desenvolvimento que envolve ganhos e perdas ao longo de todo o curso de vida. Este modelo procede da convicção que o curso da vida supõe alterações regulares em termos de objectivos e do sentido da própria vida, requerendo tais alterações que se façam mudanças sistemáticas na distribuição de recursos. Durante a velhice os recursos são investidos no sentido da manutenção de ganhos e reparação de perdas, de forma a limitar as suas consequências (Fonseca, 2005).

Nenhum ser humano consegue atingir uma velhice bem sucedida por si só, ignorando as circunstâncias sociais e ambientais envolventes. Para que haja sucesso é necessário ter em conta quer factores históricos quer contextuais (Fonseca, 2005).

Bem-Estar Subjectivo

“O bem-estar subjectivo é o critério que, provavelmente, melhor traduz o que significa envelhecer com sucesso” (Fonseca, 2005).

Por vários milénios os filósofos têm pensado acerca da questão: “O que é uma boa vida?” Eles focaram-se em critérios como amar o próximo, prazer, ou auto-conceito como características que definem a qualidade de vida. Outra ideia acerca do que constitui uma boa vida é o que é desejável para o sujeito, de modo que ele próprio pense que tem uma boa vida. Esta definição subjectiva de qualidade de vida é democrática, pelo que, garante ao indivíduo o direito de decidir se a sua vida tem valor e é digna. Foi esta abordagem que posteriormente se viria a chamar “Bem-Estar Subjectivo” e que por vezes é chamada de “felicidade” (Diener, 2000).

As raízes ideológicas do Bem-Estar Subjectivo (BES) remontam ao século XVIII, ao Iluminismo, que defendia que o propósito da existência da Humanidade é a vida em si mesma, em vez de ser o serviço ao Rei ou a Deus. O desenvolvimento pessoal e a Felicidade tornaram-se valores centrais, nesta época. Pela primeira vez, a sociedade é vista como um meio de proporcionar aos cidadãos a satisfação das suas necessidades (Galinha & Ribeiro, 2005). No entanto, o conceito de BES é recente, tem menos de cinquenta anos de vida, sendo a tese de Wilson (1960) o ponto de partida para o estudo do Bem-Estar, tal como o conhecemos hoje (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). A Psicologia passou gradualmente a focar-se mais nos aspectos positivos da Saúde Mental, em vez de se focar, exclusivamente, na patologia. O BES é desde então um foco de interesse e de estudo, num campo de investigação designado Psicologia Positiva (Galinha & Ribeiro, 2005). O principal objectivo da psicologia positiva é incitar a mudança no foco da psicologia, de uma preocupação em reparar as piores coisas da vida, para a construção de qualidades positivas. Tornando assim os sujeitos normais mais fortes e mais produtivos, aumentando o potencial humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

O campo do BES compreende a análise científica do modo como os indivíduos avaliam as suas vidas, quer no próprio momento, quer por longos períodos de tempo. Estas avaliações globais e subjectivas incluem as reacções emocionais a acontecimentos, o humor, e os julgamentos que se formam acerca da satisfação de vida. Estão também incluídas, nesta avaliação, variáveis como a satisfação em domínios específicos (e.g., casamento ou trabalho), a ausência de emoções negativas e presença de emoções positivas (Diener, 1984; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

O constructo BES possui três componentes primários distintos, que se interrelacionam entre si: a satisfação com a vida, componente avaliativa ou cognitiva do BES; o afecto positivo; assim como um baixo nível de afecto negativo que, conjuntamente, integram a componente emocional ou afectiva do BES (Simões, 1992; Pavot, Fujita & Diener, 1997; Diener, 2000). A satisfação com a vida, é referente ao julgamento global e subjectivo que o sujeito faz acerca da qualidade da sua vida baseada num padrão estabelecido pelo sujeito, e não em critérios externos fixados por outrem. A satisfação com a vida refere-se a toda a história de vida do sujeito até à actualidade (DeNeve & Cooper, 1998), reportando-se aos aspectos positivos da sua vida, e não apenas à ausência de factores negativos (Diener, 2000; Simões, 1992). O afecto positivo é referente à experiência de várias emoções positivas, não se reduzindo simplesmente à ausência de afecto negativo (Diener, 2000; Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004). O baixo nível de afecto negativo prende-se com a escassa experiência de emoções negativas (Diener, 2000). Cada um destes componentes pode ainda ser subdividido. A satisfação global pode ser dividida em satisfação em vários domínios da vida do sujeito, tal como, amor, casamento e amizade; o afecto positivo pode ser dividido em emoções específicas como alegria, afecto e orgulho; e finalmente, o afecto negativo compreende emoções específicas, tal como, vergonha, culpa, tristeza, raiva e ansiedade (Diener, Suh & Oishi, 1997).

As emoções positivas afectam a saúde, embora de forma indirecta, aumentando os recursos individuais intelectuais (criatividade, habilidade para aprender nova informação e memória), físicos (aumenta a força, a coordenação e saúde cardiovascular), psicológicos (desenvolve o optimismo, a resiliência, o sentido de identidade e a orientação para objectivos) e sociais (cria novos laços e solidifica ligações anteriores) (Fredrickson, 2003). As pessoas com muita afectividade positiva relacionam-se socialmente com mais facilidade e lidam melhor com situações promotoras de stress (Hilleras et al., 1998, citado por Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004), além de sentirem maior controlo sobre as suas próprias vidas (Hilleras et al., 1998, citado por Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004). O afecto positivo pode também afectar directamente a saúde por respostas químicas e neuronais envolvidas na manutenção da homeostase (Damásio, 2001).

Segundo Magnus e Diener (1991, citado por Diener, 2000) o BES não é apenas o resultado de factores situacionais. Apesar do humor flutuar de momento para momento, existe para o BES um elevado grau de estabilidade, mesmo por um período de vários anos.

Várias teorias acerca do BES propõem que a *personalidade* está bastante associada ao BES. Os traços de personalidade do indivíduo parecem ser um dos factores que mais fortemente influencia o nível de BES ao longo do tempo e a sua estabilidade (Diener, 2000; Diener, Oishi & Lucas, 2003). A personalidade é deste modo, parcial mas significativamente responsável pela quantidade de emoções positivas e negativas que o indivíduo experiencia (Diener & Lucas, 2000), pelo modo como o indivíduo percepção os acontecimentos de vida, como eles tomam forma e a maneira como o indivíduo retorna ao seu típico nível de BES após serem experienciados eventos importantes (Diener, Suh & Oishi, 1997; DeNeve & Cooper, 1998).

Alguns estudos têm demonstrado que o afecto positivo parece estar relacionado com os traços *extroversão* e *amabilidade*, enquanto que, o afecto negativo parece estar relacionado com o traço *neuroticismo* (Diener, 2000; DeNeve & Cooper, 1998).

Diferentes acontecimentos e circunstâncias de vida afectam o bem-estar de maneira diferente, dependendo da personalidade de cada um. Ter uma noção coerente da sua própria personalidade e agir de acordo com ela, está positivamente relacionado com o bem-estar (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

Apesar da personalidade ser importante para o BES, a longo-prazo, outros factores são mais importantes para o BES, a curto-prazo. Os modelos baseados na personalidade e em variáveis biossociais oferecem um quadro mais completo do que aquele que seria obtido pelo estudo de uma ou outra variável, isoladamente (DeNeve & Cooper, 1998).

Os factores externos têm apenas um impacto modesto nos relatos de bem-estar. E os *factores demográficos* como saúde, rendimentos, estado civil, etnia, idade e nível educacional explicam apenas uma pequena variância nas medidas de bem-estar (DeNeve & Cooper, 1998; Diener, Oishi, & Lucas, 2003).

Segundo Diener e Suh (1998), a *religiosidade* tem o poder de incrementar o BES. Os indivíduos podem aumentar o seu BES pelo controlo dos seus pensamentos. Por exemplo, existem evidências de que os indivíduos mais religiosos são mais felizes do que os indivíduos não religiosos (e.g. Ellison, 1991, citado por, Diener, Suh & Oishi, 1997).

Um factor importante para o BES é o facto do indivíduo ter *objectivos* definidos, que sejam alcançáveis, e ter recursos para os alcançar, fazendo progressos relativamente a esses objectivos. A flexibilidade de objectivos pode ser a chave para o BES em circunstâncias adversas (Brunstein, 1993; Diener, 2000). Por exemplo, à luz do modelo SOC, os idosos,

podem ajustar os seus objectivos pessoais relativamente aos seus actuais recursos e competências. Os objectivos de vida dos indivíduos são influenciados, tanto por valores e necessidades individuais como pela fase de desenvolvimento na qual eles se encontram, além de serem inculcados culturalmente (Cantor & Kihlstrom, 1989, citado por, Diener, Suh & Oishi, 1997). Se os objectivos do indivíduo estão intimamente relacionados com os seus valores, então o BES pode ser influenciado pelo facto do indivíduo realizar, ou não, valores que são importantes para ele (Diener, Suh & Oishi, 1997; Sagiv & Schwartz, 2000; Diener, Oishi & Lucas, 2003).

Os *factores culturais e sociais* influenciam o BES, de várias formas. Estes factores influenciam o BES de forma positiva perante a satisfação das necessidades básicas, enquanto que um mau acolhimento social e a não satisfação das necessidades básicas influenciam o BES de forma negativa. Por outro lado, o tipo de cultura na qual o indivíduo se insere tem influência em diversos factores, como o optimismo e positivismo, objectivos e valores, suporte social, estilos de coping e grau de regulação individual (Diener, 2000). As culturas individualistas enfatizam a autonomia individual, pelo contrário, nas culturas colectivas a ênfase é posta no grupo e na família. Os indivíduos pertencentes a culturas individualistas valorizam muito a satisfação com o próprio e a liberdade individual. Deste modo, perseguem mais insistentemente os seus interesses e desejos, encontrando maior realização pessoal, ou pelo contrario, frustração. Os individualistas experienciam níveis mais extremos de BES e beneficiam de menor suporte social durante períodos problemáticos da vida. Por outro lado, os colectivistas têm uma estrutura que produz indivíduos que nem são muito felizes, nem são isolados e deprimidos, podendo beneficiar de uma maior rede de suporte social (Diener, Suh & Oishi, 1997).

A cultura e a personalidade são dois domínios que estão misturados, de modo que ambos são influenciados pela aprendizagem social, genética e suas interacções, e ambas influenciam significativamente o BES (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

Os sujeitos avaliam as suas condições de vida de maneira diferente, dependendo das suas expectativas, valores e experiências anteriores. No entanto, deve-se atender ao facto de que qualquer evento deve ser compreendido no contexto de vida do sujeito. A personalidade, cultura, objectivos, expectativas e valores, tal como outros factores contextuais têm impactos diferentes em indivíduos diferentes (Diener & Lucas, 2000).

O nível de BES individual é em parte determinado pela *comparação que o sujeito faz com padrões* ou pela recordação do que ele próprio já foi no passado. O sujeito escolhe quer

os seus alvos de comparação, indivíduos importantes para o sujeito, quer o domínio relativamente ao qual se compara. (Michalos, 1985, citado por, Diener & Lucas, 2000). Os indivíduos reagem, favoravelmente, a eventos que são melhores que o ponto de comparação, fornecido quer pelo exterior, quer pelo contexto do passado, e reagem, desfavoravelmente, a eventos que são piores que o ponto de comparação (Parducci, 1995, citado por, Diener, 2000). No entanto, Diener e Fujita (1997, citado por Diener & Biswas-Diener, 2000) defendem que este modelo é simplista. O facto do indivíduo se comparar com outros, que estão melhor ou pior, não faz com que o indivíduo se sinta pior ou melhor, respectivamente (Diener & Biswas-Diener, 2000). Diener & Suh (1998), tendo como foco a velhice, referem que os mecanismos de comparação social são por vezes melhores preditores do bem-estar, nos idosos, do que os recursos objectivos, que se encontram frequentemente em declínio.

Segundo teorias de *discrepância do self*, se o comportamento e experiência actual do indivíduo está ao mesmo nível que o seu ideal, pode-se dizer que existe congruência “self-aspect”, ou que se está “ajustado” e “a funcionar em pleno”. Se os indivíduos experimentarem uma discrepância substancial e por isso existir incongruência entre o estado real e o estado ideal, será esperado que eles apresentem inadaptação ou sofrimento psicológico (Rogers, 1959, citado por Pavot, Fujita & Diener, 1997). Este sofrimento pode ser expresso em forma de ansiedade ou defensividade, depressão, insatisfação e tristeza, como uma reacção a uma falha percebida no alinhamento entre a experiência actual e o estado ideal (Pavot, Fujita & Diener, 1997).

A congruência está consistente e positivamente correlacionada com emoções positivas, como o amor e a alegria, e consistente e negativamente correlacionada com emoções negativas, como raiva, medo, tristeza e vergonha. A congruência “self-aspect” está significativamente correlacionada com ambos os estados emocionais específicos, afecto positivo e afecto negativo, bem como com medidas mais globais de BES e satisfação com a vida (Pavot, Fujita & Diener, 1997). No entanto, Costa e McCrae, (1991) defendem que em termos explicativos do BES, a congruência self-aspect geralmente não tem uma contribuição muito significativa na variância do BES, para além da contribuição do traço de personalidade neuroticismo (Pavot, Fujita & Diener, 1997).

Na mesma linha da teoria anterior, surge a teoria dos *possible selves* (Markus & Nurius, 1986). Os *possible selves* correspondem ao self ideal, que o indivíduo gostaria muito de alcançar. Existem também os selves que o indivíduo tem medo de alcançar. O possível self

que se deseja corresponde ao self de sucesso, criativo, rico, amado e admirado, enquanto que o self temido pode ser o self sozinho, deprimido, incompetente, alcoólico e desempregado.

Este tipo de auto-conhecimento corresponde à maneira como os indivíduos percebem o seu potencial e concebem o seu futuro. Os *possible selves* derivam de representações do self no passado e incluem representações do self no futuro. Os autores sugerem que os *possible selves* são importantes na medida em que funcionam como incentivo e guia para o comportamento futuro, além de fornecerem um contexto avaliativo e interpretativo para a actual visão do self (Markus & Nurius, 1986).

“Se as pessoas podem ser felizes se as suas necessidades universais são preenchidas, então o caminho para um alto BES parece claro. Se, pelo contrário, uma espiral de desejos infundável e padrões cada vez mais altos podem influenciar o BES, então o simples colmatar das necessidades básicas não será a garantia de felicidade universal” (Diener, Oishi & Lucas, 2003, p.418).

Segundo a teoria SPF (*Social Production Functions*) existem três necessidades sociais identificadas: afecto, confirmação comportamental e status (Steverink & Lindenberg, 2006). A primeira necessidade é preenchida por relações que dão a sensação de que se é compreendido, querido, gostado, amado e aceite. O afecto é referente ao amor que se obtém por se ser quem é, sem levar em consideração o status ou as suas acções (Steverink & Lindenberg, 2006). A segunda necessidade resulta essencialmente do que se faz e não do tipo de pessoa que se é (afecto) (Steverink & Lindenberg, 2006). A terceira necessidade é preenchida por relações que dão a sensação de realização pessoal, de que se é tratado com respeito, se é levado a sério e se é autónomo ou independente (Steverink & Lindenberg, 2006).

O afecto é a única necessidade “à prova de idade”, pois depende muito menos do desempenho do que as outras duas necessidades sociais. Na velhice, quando os recursos físicos e sociais declinam consideravelmente, a pessoa continua capaz de preencher as necessidades de afecto. Por substituição e compensação, a progressiva privação de satisfação da necessidade de estatuto e posterior perda de confirmação comportamental leva ao aumento do esforço de realização da necessidade de afecto, o que confirma a extrema importância de relações íntimas e promotoras de afecto para os idosos. No entanto, as três necessidades sociais permanecem positivamente correlacionadas com o BES, o que não se altera com o avançar da idade (Steverink & Lindenberg, 2006).

A discrepância entre o estado real e ideal do indivíduo e a sua aspiração num determinado domínio diminui com a idade. O BES é mantido no idoso através da regulação de discrepâncias, especialmente nas áreas importantes do self. O idoso dá mais importância às suas necessidades emocionais e de afecto, tornando-se as relações com amigos íntimos e familiares uma prioridade. Reduzir a diferença entre o estado actual e o estado ideal das relações é o melhor caminho para regular o afecto negativo, durante o envelhecimento (Cheng, 2004).

Embora as condições de vida objectivas piorem com a idade, tal deterioração não tem, necessariamente, de se repercutir, de modo negativo, sobre o BES, já que este reflecte a avaliação subjectiva que o indivíduo faz acerca da sua vida (Simões, 2006). De facto, segundo Diener e Suh, (1997) a satisfação com a vida, tal como a satisfação com domínios específicos e o afecto positivo, tendem a aumentar ou permanecer constantes durante todo o ciclo de vida. A investigação parece convergir na ideia de que existe, na velhice, estabilidade na afectividade positiva e um declínio gradual da afectividade negativa (Cheng, 2004). Nesta etapa do ciclo de vida, as relações positivas tornam-se cada vez mais fortes, sendo as relações sociais (amigos, familiares, vizinhos) um factor muito importante no BES da pessoa idosa (Cheng, 2004).

“Ao contrário do que se pensa, não há, no ciclo da vida, uma idade da felicidade (uma “primavera da vida”), nem um período mais feliz ou satisfatório do que outros: em todas as idades (extrema velhice incluída) se pode ser, e se é, efectivamente feliz. Mais, em todas as idades, velhice incluída, se deve ser feliz. A felicidade é, com efeito, direito e obrigação do idoso, como direito é e obrigação de cada um. E ela resulta, em grande parte, do contributo que cada um der para a felicidade dos outros” (Simões, 2006, p.130).

Meio urbano versus Meio rural

A heterogeneidade é uma característica que marca o processo de envelhecimento. Cada idoso carrega consigo a sua própria história de vida, determinada quer pelo seu património genético quer pelo seu património psicossocial. O envelhecimento é acompanhado por alterações a diferentes níveis e qualquer vulnerabilidade física, psicológica e social pode ser atenuada ou incrementada pelo contexto ambiental no qual o idoso se insere (Sequeira & Silva, 2002). No idoso, as capacidades de adaptação revelam-se diminutas, pelo que este se torna bastante sensível ao meio ambiente (Lawton & Nahemow, 1973). Parece

assim de fundamental interesse estudar a influência do contexto na Satisfação de Vida do idoso. Tendo em conta que diferentes cenários ambientais propiciam diferentes formas de envelhecer, é importante estudar o BES de idosos que vivem em meio urbano ou pelo contrário, em meio rural (Sequeira & Silva, 2002).

Segundo Holland, Kallaher, Peace, Scharf, Breeze, Gow e Gilhooly (2005), o termo meio ambiente abrange desde o micro ambiente constituído pela casa até ao macro ambiente rural ou urbano.

A teoria ecológica da idade de Lawton e Nahemow (1973), explora a relação entre os indivíduos e o seu meio ecológico. Segundo esta teoria, a Satisfação de Vida resulta da eficaz interacção do indivíduo com o meio em que ele se insere. A interacção entre um nível de competência elevado e determinados níveis de pressão pode resultar num comportamento mal adaptado, associado a afectividade negativa. Por outro lado, um nível de competência muito baixo associado a determinados valores de pressão ambiental pode promover um comportamento adaptado e afecto positivo. É fundamental realçar a importância da adequação indivíduo/meio. As mesmas características ambientais podem funcionar como obstáculos ou como facilitadores de determinado comportamento, dependendo das características de cada sujeito específico (a institucionalização pode ser vivida como uma experiência muito boa, ou pelo contrário muito má).

De acordo com Fonseca, Paúl, Martín e Amado (2005) As populações rurais debatem-se com inúmeras necessidades não preenchidas, como a ausência de serviços sociais e de saúde e apresentam dificuldades económicas evidentes para aceder a serviços e equipamentos afastados da sua zona residencial. A migração do mundo rural para zonas urbanas despovoou as comunidades e afastou potenciais cuidadores familiares. O meio rural é assim associado a povoações fracamente povoadas, com poucos recursos, problemas de saúde, baixos rendimentos e solidão. Segundo os autores, os idosos rurais encontram-se numa condição psicológica não muito animadora, que nem a sua rede social parece colmatar. Num outro estudo comparativo sobre as condições de vida em meio rural e em meio urbano Paúl, Fonseca, Martín, Amado (2003, citado por Fonseca, Paúl, Martín & Amado, 2005) concluíram que as atitudes face ao próprio envelhecimento são significativamente mais negativas nos idosos urbanos. O mesmo acontece com a ansiedade/agitação, que é mais saliente nos residentes metropolitanos. As duas comunidades diferem significativamente relativamente ao índice global de satisfação de vida, sendo mais elevado nos residentes rurais do que nos residentes urbanos.

Rowles (1984, citado por, Sequeira & Silva, 2002) defende que os meios rurais são contextos privilegiados de envelhecimento. Segundo este autor o contexto físico dos meios rurais permanece estável durante longos períodos de tempo; as mudanças são implementadas gradualmente, o que possibilita aos sujeitos maior familiaridade com o meio; o ritmo de vida é mais lento no contexto rural e mais favorável aos idosos, cujos tempos de reacção estão lentificados, o que propicia uma maior inclinação para a calma do que para as trocas sociais rápidas e fragmentadas. A maior estabilidade populacional proporciona a manutenção dos laços afectivos e uma maior rede de vizinhança, que sugere um maior apoio prático, emocional e psicológico. O autor salienta o sentido de identidade, o sentimento de ser-se conhecido, que se gera em meio rural. Existe a promoção de redes de relação em que cada indivíduo conhece os nomes, vida, saúde dos outros membros da comunidade, reduzindo o potencial perigo de anonimato e alienação.

De acordo com um estudo de Holland, *et al.* (2005), os locais familiares, especialmente aqueles com os quais o indivíduo tem um vínculo de longa data, podem suportar o idoso de varias formas: conferem a segurança de se conhecer e ser conhecido pelas outras pessoas, nem que seja de vista; conferem a segurança de se conhecer todo o meio ambiente envolvente – os melhores sítios para atravessar a estrada, casas de banho públicas, atalhos, caminhos seguros, lugares com significado especial – de certa forma a familiaridade com o meio ambiente pode compensar as perdas de audição e visão próprias da idade.

Num outro estudo, Holland, *et al.* (2005), concluíram que os indivíduos que vivem em meio urbano se preocupam mais com a sua segurança durante o dia do que os indivíduos do meio rural. Receando por vezes sair de casa. O que mais incomoda e assusta os idosos urbanos são os crimes relacionados com droga, o excesso de tráfego, o barulho e os distúrbios na rua.

De acordo com Hespanha (1993, citado por, Sequeira & Silva, 2002) os ambientes rurais promovem verdadeiras redes de suporte social constituídas por vizinhos, familiares e amigos, reforçando a integração social e promovendo estabilidade emocional e o Bem-Estar dos mais idosos. O meio rural oferece um ambiente contentor e de suporte quando as competências pessoais começam a declinar e os afectos são, cada vez mais, determinados por factores externos ao indivíduo (Lawton & Nahemow, 1973). Os processos de ligação ao meio permitem aos idosos manter o seu *eu*, tal como um certo equilíbrio, para além de todas as mudanças por que estão a passar (Paúl, 1991, citado por, Sequeira & Silva, 2002).

Segundo Simmel (1976, citado por, Nascimento, sem data) a vida nas pequenas cidades assenta, fortemente, sobre relacionamentos profundamente sentidos e emocionais. Pelo contrário, no contexto urbano predomina a economia monetária e o domínio da racionalidade; as relações são antes de tudo relações racionais, baseadas no anonimato, no cálculo e em interesses económicos. No contexto rural, as relações de parentesco, vizinhança e amizades são vinculadoras e constroem obrigações e compromissos recíprocos. No contexto urbano, estes elementos são minados pela impessoalidade e distanciamento, de forma a garantir a existência, tão valorizada da individualidade (Nascimento, sem data).

Objectivos

O presente estudo foi desenhado para determinar, de forma empírica, se a autonomia funcional e o meio ecológico influenciam o bem-estar subjectivo, em idosos institucionalizados.

Os objectivos principais do presente trabalho são:

- Procurar compreender a relação entre o bem-estar subjectivo e a autonomia funcional, em idosos institucionalizados, tentando perceber se os idosos independentes, revelam um nível de bem-estar subjectivo maior que os idosos dependentes.
- Verificar se o meio onde o idoso reside influencia o bem-estar subjectivo. Procurar compreender de que modo as características do meio influenciam o bem-estar subjectivo.

Método

● Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 36 indivíduos idosos, pertencentes ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos (a média das idades é de 82.94, com um desvio padrão de 7.7).

Foram seleccionadas 24 idosas num lar de Lisboa e 12 idosas em três lares do concelho de Elvas, no Alentejo. A instituição do meio urbano possui dois edifícios unidos entre si, desnivelados, a passagem de uma ala para outra faz-se por meios de escadas, o que impossibilita a passagem dos idosos com pouca mobilidade de um ala para outra. Cada ala possui 4 andares, ligados por escadas e elevadores. O lar acolhe 49 idosos, situa-se numa zona central de Lisboa, tem fácil acesso a transportes, comércio variado, cafés, restaurantes, monumentos históricos, museus, igrejas, etc. No entanto, o lar confina-se apenas ao edifício, sem quintal ou varandas ou qualquer espaço exterior, onde os idosos possam desfrutar do sol sem se preocuparem com o perigo dos carros sempre a passar na rua. As instituições do meio rural albergam 18, 20, 22 idosos, ou seja, em média 20 idosos, os edifícios têm apenas um piso, não existindo escadas e havendo fácil acesso a qualquer parte da instituição, o que facilita a deslocação dentro da instituição e estimula a mobilidade e a autonomia do idoso. O acesso a monumentos, museus, igrejas, comércio e até mesmo a transportes públicos é difícil, no entanto, ambos os lares possuem varandas e jardim, espaço exterior no qual o idoso se sente protegido.

A amostra foi subdividida em três grupos distintos. A selecção dos indivíduos para cada um dos grupos teve por base o seu local de residência, o seu meio ecológico e o grau de funcionalidade que apresentavam. O *grupo 1* é constituído por 12 idosas independentes, residentes em meio urbano; o *grupo 2* é constituído por 12 idosas dependentes, residentes em meio urbano; o *grupo 3* é constituído por 12 idosas dependentes, residentes em meio rural. Pretendia-se obter um 4º grupo, que contivesse idosas independentes, residentes no meio rural, no entanto, verificou-se que em nenhum dos três lares do concelho de Elvas existiam indivíduos que reunissem tais características. Os idosos independentes não vivem em contexto da instituição, vivem nas suas próprias casas, podendo ou não beneficiar de apoio

domiciliário. A institucionalização aparece como último recurso e só quando o grau de dependência é bastante acentuado.

Nos quadros 1, 2 e 3 são apresentadas as características sócio-demográficas de cada um dos grupos (os dados foram recolhidos com o MAB – Método de Avaliação Biopsicossocial; Botelho, 2000).

Quadro 1 – *Características Sócio-demográficas*

Variáveis	Categorias	Grupo 1	%	Grupo 2	%	Grupo 3	%
Idades	65-74	3	24.9	1	8.3	0	0
	75-85	6	49.9	5	41.5	6	50.0
	>85	3	24.9	6	50.0	6	50.0
Estado civil	Solteiro	5	41.7	6	50.0	0	0
	Divorciado	2	16.7	0	0	0	0
	Viúvo	5	41.7	5	41.7	11	91.7
	Casado	0	0	1	8.3	1	8.3
Escolaridade	Analfabetos	0	0	0	0	5	41.7
	1 a 6 anos	4	33.3	8	66.7	7	58.3
	7 a 12 anos	5	41.6	4	33.3	0	0
	13 ou mais anos	3	25.0	0	0	0	0
Profissão	Quadros superiores	0	0	0	0	0	0
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	8.3	0	0	0	0
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	2	16.7	3	25.5	0	0
	Pessoal Administrativo e Similares	7	58.3	4	33.3	0	0

Variáveis	Categorias	Grupo 1	%	Grupo 2	%	Grupo 3	%
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	1	8.3	0	0	0	0
	Agricultores e Trabalhadores qualificados da Agricultura e Pescas	0	0	0	0	0	0
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	1	8.3	1	8.3	4	33.3
	Operadores de instalações e máquinas e montagem	0	0	0	0	0	0
	Trabalhadores não qualificados	0	0	4	33.3	8	66.7

Na análise dos quadros foi utilizado o teste de Qui-quadrado. Verifica-se homogeneidade entre o grupo 1 (independente/urbano) e o grupo 2 (dependente/urbano) relativamente a todas as características sócio-demográficas: idade, estado civil, escolaridade e profissão. No entanto, os grupos representantes do meio urbano (1 e 2) e o grupo 3 (dependente/rural) são não homogêneos em relação às seguintes variáveis: estado civil ($\chi^2=14.065$, gl=6, $p<0,05$), escolaridade ($\chi^2=33.83$, gl=16, $p<0,05$) e profissão ($\chi^2=24.527$, gl=10, $p<0,05$); sendo homogêneos relativamente à idade.

No meio rural todos os sujeitos têm mais que 75 anos, enquanto que no meio urbano as participantes se distribuem pelas três categorias e idades. Relativamente ao estado civil, no meio rural 91.7% das idosas são viúvas e 8.3% são casadas, não existindo nem idosas solteiras nem divorciadas; no meio urbano as participantes distribuem-se por todas as categorias, havendo 45.8% de utentes solteiras. Quanto à escolaridade, no meio rural 41.7% das idosas são analfabetas e 58.3% têm de 1 a 6 anos de escolaridade, pelo contrário, no meio urbano não existem idosas analfabetas e os sujeitos distribuem-se por todas as outras categorias, sendo que 12.5% dos sujeitos são licenciados. Por fim, também existem diferenças relativamente à profissão exercida no passado pelas participantes, no meio rural as

participantes foram predominantemente trabalhadoras rurais (66.7%), enquanto que no meio urbano existe um predomínio de profissões classificadas como “Pessoal Administrativo e Similares” (nível 4 da classificação nacional das profissões).

A amostra deste estudo é uma amostra de conveniência, sendo a sua dimensão definida pelos recursos disponíveis. A amostra não pode pois ser considerada representativa, pelo que as conclusões do presente estudo não devem ser generalizadas.

● Contexto

O contexto onde o estudo foi conduzido, o contexto institucional tem características únicas que influenciam as características dos utentes, participantes neste estudo. Ao iniciar a vida de institucionalizado, o idoso abdica do controlo sobre a maior parte das actividades diárias, sujeita-se à falta de privacidade, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e até por vezes à desintegração social. Por outro lado, a entrada para um lar pode também ser encarada como uma etapa da vida na qual, finalmente, se é incondicionalmente apoiado e cuidado, onde se pode envelhecer tranquilamente e sem preocupações.

● Plano Experimental

Problema:

Qual a influência da autonomia funcional e do meio ecológico no Bem-Estar Subjectivo em idosas institucionalizadas?

Hipóteses

Hipótese 1 (H1): as idosas independentes residentes em meio urbano possuem um nível de BES mais elevado do que as idosas dependentes residentes em meio urbano.

Hipótese 2 (H2): as idosas dependentes residentes em meio rural possuem um nível de BES mais elevado do que as idosas dependentes residentes em meio urbano.

Variáveis independentes

I – Nível de autonomia funcional da idosa institucionalizada.

O conceito de capacidade funcional relaciona-se com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos (Botelho, 2000). Sendo essas tarefas, tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive, que asseguram a possibilidade de se viver de forma auto-suficiente.

Segundo o MAB (Botelho, 2000), instrumento utilizado no presente estudo, os indivíduos são incluídos no nível *dependente* se forem classificados como incapazes ou dependentes; sendo incluídos no nível *independente* se forem classificados como autônomos ou independentes.

II – Meio no qual o idoso institucionalizado se insere: meio urbano *versus* meio rural.

Variável dependente

I - Nível de Bem-Estar Subjectivo (BES) da idosa institucionalizada.

O nível de BES do individuo reflecte o quanto o individuo está feliz e satisfeito com a sua vida. O BES e por isso a sua avaliação têm três dimensões distintas, embora relacionadas entre si: a componente cognitiva, avaliada pela escala SWLS; a componente de afecto

positivo, avaliada pela escala de afecto positivo (PA) e a componente de afecto negativo (NA). Quanto maior for o nível de BES do indivíduo, maior será a felicidade e satisfação do sujeito perante a sua vida.

● Instrumentos

Mini-Mental State Examination (MMSE), (Folstein, 1975)

Este instrumento avalia de forma estruturada algumas funções cognitivas, tais como: a orientação temporal e espacial, memória de retenção e evocação, atenção e cálculo, actividades ligadas à linguagem e praxia construtiva bidimensional. Este teste é composto por 30 itens, com pontuação de 0 e 1. Para a identificação de demência, o ponto de corte é a transição 21/22. É necessário ter em atenção que os resultados obtidos são afectados pelo nível de instrução dos indivíduos (Botelho, 2000). (ver anexo I)

MAB (Método de Avaliação Biopsicossocial), (Botelho, 2000)

O MAB é um método de avaliação e rastreio, estruturado, uniformizado, de registo e classificação biopsicossocial. A cotação tem um predomínio de quatro níveis (0/1/2/3). As pontuações conferem classificações, que por sua vez, vão traçar um perfil de doze dígitos. Existem duas versões do MAB, a versão de ambulatório e a de internamento, tendo sido a última utilizada na selecção da amostra em estudo (Botelho, 2000).

A avaliação funcional e multidimensional de idosos engloba a avaliação da capacidade funcional, capacidade locomotora, morbilidade (caracterização do estado de saúde física e mental) e aspectos socio-económicos, sendo a informação recolhida referente ao período de quatro semanas que precede a data da avaliação. A avaliação da capacidade funcional subentende a avaliação conjunta quer da autonomia física quer da autonomia instrumental. A autonomia física liga-se ao conjunto de actividades básicas diárias, relacionadas com cuidados pessoais diários, enquanto que a autonomia instrumental é referente a tarefas que permitem ao indivíduo a sua integração no meio ambiente (Botelho, 2000).

Como já foi referido anteriormente, o MAB é um método de avaliação *bio – psico – social*. A área de **avaliação biológica** inclui os seguintes domínios: sexo; idade; queixas de saúde; estado de nutrição; quedas; locomoção; autonomia física; e autonomia instrumental. A área de **avaliação psicológica** contém os domínios: queixas emocionais e estado cognitivo. A área de **avaliação social** abarca os domínios: estado social e hábitos (Botelho, 2000). (ver anexo I)

Segundo Botelho (2000), a capacidade funcional pode ser classificada em dois grandes grupos: **Independente** e **Dependente**. Por sua vez, o grupo Independente compreende dois subgrupos: Independente e Autónomo; enquanto que o grupo Dependente compreende os subgrupos Dependente e Incapaz. O idoso é **incapaz** se necessita indispensavelmente de terceiros e nunca colabora; é **dependente** se necessita indispensavelmente de terceiros, para substituição funcional, na qual colabora; é **autónomo** se necessita indispensavelmente de meios de apoio ou ocasionalmente de terceiros, sendo neste caso colaborante; o idoso é **independente** se não necessita de pessoas e/ou meios para substituição funcional.

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), (Diener *et al.*, 1985)

A escala SWLS mede a componente cognitiva do constructo Bem-Estar Subjectivo e é um instrumento de comprovada validade e fidelidade (Diener *et al.*, 1985; Simões, 1992). Esta escala foi elaborada por Diener e colaboradores em 1985, a partir de um conjunto de 48 itens. Posteriormente foi reduzida para 5 itens, evidenciando no entanto, índices de fidelidade e validade bastante aceitáveis (Diener *et al.*, 1985). Para além das boas qualidades psicométricas que revela, a SWLS é um instrumento breve, de fácil compreensão, aplicação e cotação, e é susceptível de ser usado com adultos de todos os níveis etários e de diversos níveis culturais. (ver anexo I)

A SWLS foi validada pela primeira vez em Portugal por Neto e colaboradores em 1990. Foi encontrado um alfa de Cronbach de 0.78 e vários índices de validade, tais como correlações significativas com a eficácia pessoal do ensino, a aceitação/rejeição pessoal, a auto-eficácia, o auto-conceito total, a maturidade psicológica e a ansiedade social. Uma análise factorial dos resultados confirmou tratar-se de um constructo unitário, na medida em que emergiu um factor único, que explicava a maior parte da variância. Simões fez em 1992 a sua ulterior validação, versão que será utilizada neste estudo. As alterações efectuadas foram:

tornar o conteúdo mais compreensível (por parte de populações de nível cultural inferior ao da amostra de professores utilizada por Neto) e reduzir para cinco o número de alternativas de resposta. Segundo Simões (2003) a SWLS apresenta bons índices de validade preditiva e validade factorial. O coeficiente alfa obtido foi satisfatório (0.77). Pavot e Diener (1993) referem resultados convergentes de fidelidade (incluindo fidelidade temporal, ou de teste-reteste) e de validação, em vários países e culturas, evidenciando também a sua validade discriminante, relativamente às medidas de bem-estar emocional, tais como a PANAS (Watson, Clark e Tellegen, 1988). No presente estudo, a escala utilizada é assim composta por 5 itens, para os quais são oferecidas cinco alternativas de resposta: (1) *discordo muito*; (2) *discordo pouco*; (3) *não concordo, nem discordo*; (4) *concordo um pouco*; e (5) *concordo muito* (Simões, 2003). Cada item é cotado de 1 a 5, conforme a resposta do sujeito, posteriormente somam-se todas as cotações. O somatório variará então entre o mínimo de 5 e o máximo de 25, quanto maior for o resultado, maior será o nível de satisfação com a vida por parte do sujeito, o que constitui uma medida de bem-estar subjectivo. Actualmente ainda não existem ainda normas para a população portuguesa.

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), (Watson, Clark & Tellegen, 1988)

Este instrumento mede a vertente afectiva do bem-estar subjectivo, ou seja, a afectividade positiva (PA) e a afectividade negativa (NA), presentes no indivíduo. Elaboradas por Watson, Clark e Tellegen (1988), as escalas revelaram elevada consistência interna e bons índices de estabilidade. As PANAS na sua versão original são constituídas por 20 itens, correspondentes a adjectivos, metade dos quais se destinam a medir a componente positiva e a outra metade a avaliar a componente negativa. A versão elaborada por Simões (1993) compõe-se de 11 itens para ambas as dimensões, tendo-se acrescentado um item a cada subescala, porque alguns itens originais não ficavam adequadamente traduzidos, em termos de conteúdo. De facto, a análise dos itens revelou que os itens que foram adicionados apresentam boas correlações item/total, melhores em vários casos que as dos itens originais. As PANAS possuem 5 alternativas de resposta: (1) *muito pouco ou nada*; (2) *um pouco*; (3) *assim, assim*; (4) *muito*; e (5) *muitíssimo*. Cada item é cotado de 1 a 5, conforme a resposta do sujeito, posteriormente somam-se para cada escala (PA e NA), todas as cotações. O somatório de cada escala variará então entre o mínimo de 11 e o máximo de 55. Quanto maior for o resultado da escala PA, maior será o nível de afectividade positiva presente no sujeito; por outro lado, quanto maior for o resultado da escala NA, maior será o nível de

afectividade negativa presente no indivíduo. Para um alto nível de BES o valor de PA deve ser elevado, pelo contrário, o valor de NA deve ser baixo. (ver anexo I)

Validada para amostras portuguesas por Simões, as PANAS apresentaram bons índices de consistência interna e de validade discriminante e de constructo. Os alfas de Cronbach são 0.82 para PA e 0.83 para NA; relativamente à fidelidade, obtiveram-se índices de 0.82 para PA e 0.85 para NA (Simões, 2003). Actualmente ainda não existem normas para a população portuguesa.

- **Procedimento**

Para a recolha de dados começou-se por abordar os responsáveis pelas instituições, solicitando-lhes a devida autorização. Obtida esta, informaram-se os participantes relativamente ao seu papel no estudo que ia ser desenvolvido, salvaguardando-se, desde o início, a confidencialidade dos resultados. Iniciou-se a selecção da amostra, pela aplicação do MMSE (Folstein, 1975), instrumento de rastreio do estado cognitivo. No meio urbano foram avaliados 49 sujeitos, enquanto que no meio rural foram avaliados 25 (Quadro2).

Quadro 2 - *Avaliação do estado cognitivo*

	Com défice cognitivo	Sem défice cognitivo
Meio urbano	25	24
Meio rural	3	22

Após o rastreio cognitivo, aplicou-se o MAB (Botelho, 2000) aos sujeitos sem deterioração cognitiva. No meio urbano o número de sujeitos sem deterioração cognitiva corresponde ao número total de sujeitos dos grupos 1 e 2. No meio rural seleccionaram-se aleatoriamente 12 dos 22 sujeitos sem deterioração cognitiva. Obteve-se assim o *grupo 1* constituído por 12 sujeitos independentes e residentes em meio urbano, o *grupo 2* constituído por 12 sujeitos dependentes e residentes em meio urbano e o *grupo 3* constituído por 12 sujeitos dependentes e residentes em meio rural.

Após a selecção da amostra aplicaram-se individualmente as escalas SWLS e PANAS aos participantes. Em qualquer um dos instrumentos o investigador leu os itens, em voz alta, e anotou as respostas. A aplicação dos instrumentos decorreu na instituição onde o idoso reside. Todos os instrumentos são de aplicação rápida, cerca de 5 a 10 minutos. No entanto, o período durante o qual se aplicaram todos os instrumentos a cada indivíduo variou entre um dia a um mês, devido a características específicas da amostra em estudo. Por exemplo, as participantes cansam-se muito facilmente e não é possível aplicar todos os instrumentos de uma só vez, o mais adequado é fazer várias aplicações de curta duração.

Todos os instrumentos, exceptuando o MAB, foram aplicados conforme a sua versão traduzida e adaptada para Português. Ao ser aplicada a versão original do MAB (este é o único instrumento cuja autora é portuguesa) surgiram várias questões que se prendiam com o facto do instrumento não visar as particularidades da população idosa residente em lar. Deste modo, o instrumento foi aplicado à amostra em estudo com algumas reformulações. No MAB, a classificação da autonomia funcional é dada pela menor pontuação obtida no conjunto dos itens, como os idosos institucionalizados são sempre dependentes de terceiros relativamente à confecção das refeições, à lida da casa e ao tratamento da roupa, e por isso não efectuem estas tarefas, aqueles acabam por ser penalizados e a sua classificação da autonomia funcional é sempre 0. Neste estudo foi então necessária a reformulação do item da autonomia física relativo à alimentação e de vários itens da autonomia instrumental. O item relativo à alimentação (autonomia física) foi desdobrado em dois:

- P21 – A acção de preparar os alimentos;
- P21a – A acção de servir os alimentos e comer.

No domínio da autonomia instrumental, os itens relativos às compras, refeições, tarefas de lida da casa e lavar/tratar da roupa foram também desdobrados:

- P24 – Fazer todas as compras necessárias;
- P24a – Fazer compras pessoais;
- P25 – Preparar as refeições (planear e servir);
- P25a – Servir as refeições (a si próprio);

- P26 – Tarefas de lida da casa (pesadas);
- P26a – Tarefas de lida da casa (pequenas tarefas);
- P27 – Lavar/ tratar da totalidade da sua roupa;
- P27a – Lavar/ tratar pelo menos uma parte da sua roupa.

Os itens P21, P24, P25, P26 e P27 reflectem a capacidade que o indivíduo tem para viver de forma auto-suficiente, mostram se o sujeito tem ou não capacidade de viver com qualidade de vida e sem a ajuda de terceiros. Por outro lado, os itens P21a, P24a, P25a, P26a e P27a traduzem o grau de autonomia funcional (para as tarefas em questão) que o indivíduo consegue manter, mesmo residindo em instituição. Quando as condições e regras são uniformizadas para todos os utentes, são estes últimos itens que diferenciam os sujeitos institucionalizados.

A versão original do instrumento pode ser analisada no anexo I.

• Procedimento estatístico

Para a análise dos dados recorreu-se ao programa de estatística SPSS. Foi utilizada metodologia estatística não paramétrica, já que as suposições para a utilização de um teste paramétrico não se verificam. A amostra é de dimensão reduzida ($n=36$), a distribuição dos dados não é normal e as variáveis independentes são nominais. As técnicas não paramétricas utilizadas foram as seguintes:

- Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney
- Coeficiente de correlação de Spearman.

Resultados

Tendo em consideração a primeira hipótese (H1), os resultados mostram que o grupo 1 (idosas institucionalizadas independentes, residentes em contexto urbano) e o grupo 2 (idosas institucionalizadas dependentes, residentes em contexto urbano) não diferem significativamente, relativamente a qualquer um dos componentes do constructo BES.

Recorrendo ao teste Wilcoxon-Mann-Whitney (U), procedeu-se à comparação dos três componentes da variável BES entre os grupos 1 e 2. Relativamente à componente cognitiva do BES, medida pela escala SWLS, o valor de U obtido foi 69, com $p > 0,05$, o que demonstra que neste parâmetro os grupos 1 e 2 não diferem de forma estatisticamente significativa. Em relação à componente de afectividade positiva, medida pela escala PA, o valor obtido foi $U=57$, com $p > 0,05$, o que revela também a este nível uma diferença estatisticamente não significativa entre os grupos 1 e 2. Por fim, a componente de afectividade negativa, medida pela escala NA, obteve um valor $U=60,50$, com $p > 0,05$, o que mais uma vez indica uma diferença estatisticamente não significativa entre os grupos 1 e 2, neste caso em relação ao afecto negativo. Comparou-se também a diferença entre afectividade positiva e afectividade negativa, nos grupos 1 e 2. O valor de U obtido foi 44, 50, com $p > 0,05$, o que mais uma vez demonstra que os grupos 1 e 2 não diferem de forma estatisticamente significativa. Não existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível de significância de 0,05, entre os grupos 1 e 2, relativamente a qualquer um dos componentes do BES. Tanto o grupo 1 como o grupo 2 enquadram-se num nível médio de BES, relativamente à componente cognitiva, enquanto que o nível de afectividade positiva é francamente baixo, em ambos os grupos. A expressividade da afectividade negativa é igualmente baixa nos dois grupos. No Quadro 2 é possível observar os resultados do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney referentes às variáveis Autonomia Funcional e BES, tal como a média das ordens de cada componente do constructo BES.

Tendo em consideração a segunda hipótese (H2), os resultados mostram que o grupo 2 (idosas institucionalizadas dependentes, residentes em contexto urbano) e o grupo 3 (idosas institucionalizadas dependentes, residentes em contexto rural) diferem significativamente, relativamente ao BES.

Recorrendo ao teste Wilcoxon-Mann-Whitney (U), procedeu-se à comparação dos três componentes da variável BES entre os grupos 2 e 3. Relativamente à componente cognitiva do BES, medida pela escala SWLS, o valor de U obtido foi 13,50, com $p < 0,05$, o que demonstra que neste parâmetro os grupos 2 e 3 diferem de forma estatisticamente

significativa. Em relação à componente de afectividade positiva, medida pela escala PA, o valor obtido foi $U=6$, com $p<0,05$, o que revela também a este nível uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos 2 e 3. Por fim, a componente de afectividade negativa, medida pela escala NA, obteve um valor $U=66$, com $p>0,05$, no caso da afectividade negativa, os grupos 2 e 3 não diferem de forma estatisticamente significativa, ao contrário dos restantes componentes. Comparou-se também a diferença entre afectividade positiva e afectividade negativa, nos grupos 2 e 3. O valor de U obtido foi 35,50, com $p<0,05$, o que mais uma vez demonstra que os grupos 2 e 3 diferem de forma estatisticamente significativa. Existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível de significância de 0,05, entre os grupos 2 e 3, relativamente à componente cognitiva do BES, ao afecto positivo e à diferença entre PA e NA. No quadro 3 são apresentados os resultados do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney referentes às variáveis Meio Ecológico e BES.

Quadro 3 - Resultados do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney Referentes à Autonomia Funcional e ao BES

Componentes do BES	Autonomia Funcional	Médias das Ordens	U	Z
Componente Cognitiva (SWLS) (pontuação de 5 a 25)	¹ Grupo 1 (N=12)	12,75	69,00	-0,174
	² Grupo 2 (N=12)	12,25		
Afectividade Positiva (PA) (pontuação de 11 a 55)	¹ Grupo 1 (N=12)	13,75	57,00	-0,868
	² Grupo 2 (N=12)	11,25		
Afectividade Negativa (NA) (pontuação de 11 a 55)	¹ Grupo 1 (N=12)	11,54	60,50	-0,666
	² Grupo 2 (N=12)	13,46		
PA-NA (-44 a 44)	¹ Grupo 1 (N=12)	14,79	44,50	-1,594
	² Grupo 2 (N=12)	10,21		

* = Diferenças significativas para $p < 0,05$; ** = Diferenças significativas para $p < 0,01$

¹Grupo 1 = Independente/Urbano; ²Grupo 2 = Dependente/Urbano

Quadro 4 - Resultados do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney Referentes ao BES e ao Meio Ecológico

Componentes do BES	Meio Ecológico	Média das ordens	U	Z
Componente Cognitiva (SWLS)	² Grupo 2 (N=12)	7,63	13,50**	-3,407
	³ Grupo 3 (N=12)	17,38		
Afectividade Positiva (PA)	² Grupo 2 (N=12)	7,00	6,00**	-3,818
	³ Grupo 3 (N=12)	18,00		
Afectividade Negativa (NA)	² Grupo 2 (N=12)	12,00	66,00	-3,47
	³ Grupo 3 (N=12)	13,00		
PA-NA	² Grupo 2 (N=12)	9,46	35,50*	-2,110
	³ Grupo 3 (N=12)	15,54		

* = Diferenças significativas para $p < 0.05$; ** = Diferenças significativas para $p < 0.01$

²Grupo 2 = Dependente/Urbano; ³Grupo 3 = Dependente/Rural

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o meio urbano e o meio rural, referentes à componente cognitiva do BES, afectividade positiva e diferença entre PA e NA, contrariamente ao verificado entre o grupo dependente urbano e o grupo independente urbano, a nível funcional. Nas figuras 1, 2, 3 e 4 está patente a análise comparativa entre os três grupos relativamente aos componentes do BES (valores medianos).

Pela análise da figura 1 verifica-se que, relativamente à componente cognitiva do BES, 50% das participantes do grupo 1 e 50 % das participantes do grupo 2 têm no máximo a classificação de 14 pontos na escala SWLS (Diener *et al.*, 1985), sendo que, a pontuação da escala varia entre 5 e 25. Em contrapartida, 50% das participantes do grupo 3 têm no máximo uma classificação de 24 pontos na mesma escala.

Na figura 2 (referente à afectividade positiva) verifica-se que 50% das participantes do grupo 1 têm no máximo a classificação de 30,50 na escala PA integrada nas PANAS (Watson, Clark e Tellegen, 1988), sendo que, a pontuação da escala varia entre 11 e 55.

Relativamente ao grupo 2, 50% das participantes têm no máximo a classificação de 27,5 nesta escala. Por outro lado, 50% das participantes do grupo 3 têm no máximo a classificação de 38,5, na mesma escala.

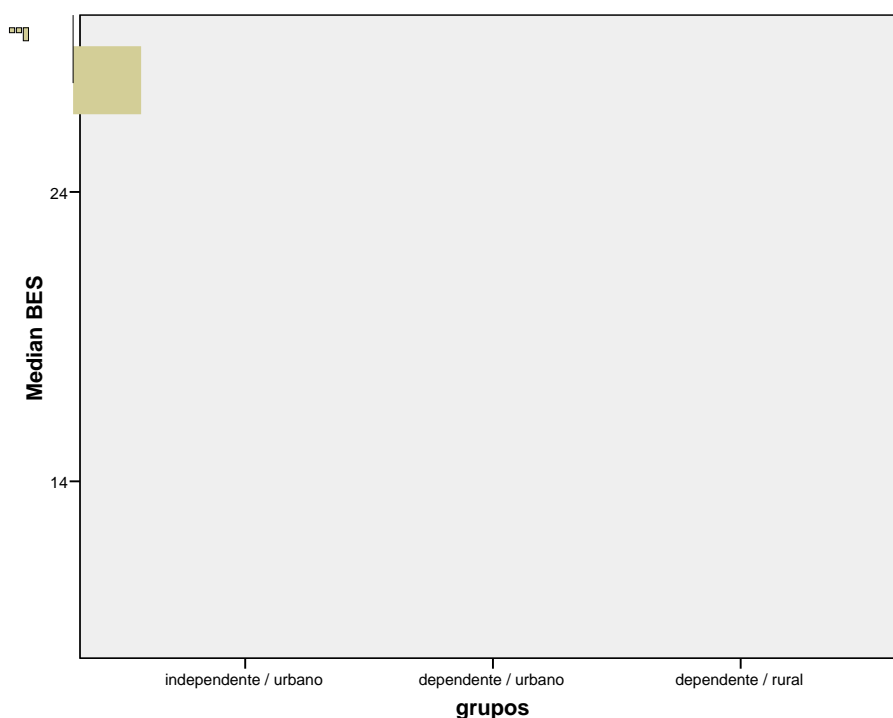


Figura 1- Análise comparativa dos três grupos relativamente à componente cognitiva da variável BES (valores medianos)

Na figura 3 (referente à afetividade negativa) é possível verificar-se que 50% das participantes dos grupos 1 e 3 têm no máximo a classificação de 25 na escala NA integrada nas PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988), sendo que, a pontuação da escala varia entre 11 e 55. Relativamente ao grupo 2, 50% das participantes têm no máximo a classificação de 27,5 nesta escala.

Na figura 4 (referente à diferença entre PA e NA) é possível verificar-se que 50% das participantes do grupo 1 têm no máximo uma diferença de 6,5 pontos. Relativamente ao grupo 2, 50% dos participantes têm no máximo uma diferença de 0,5 pontos. Em contrapartida, 50% dos participantes do grupo 3 têm uma diferença de 12.5 pontos.

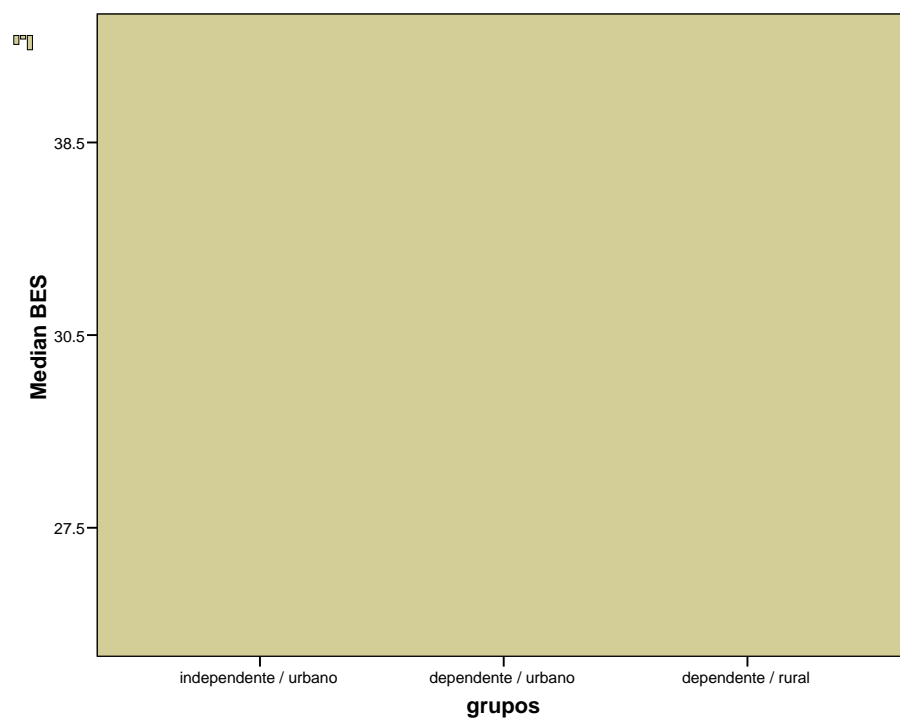


Figura 2 - Análise comparativa dos três grupos relativamente à componente de afecto positivo da variável BES (valores medianos)

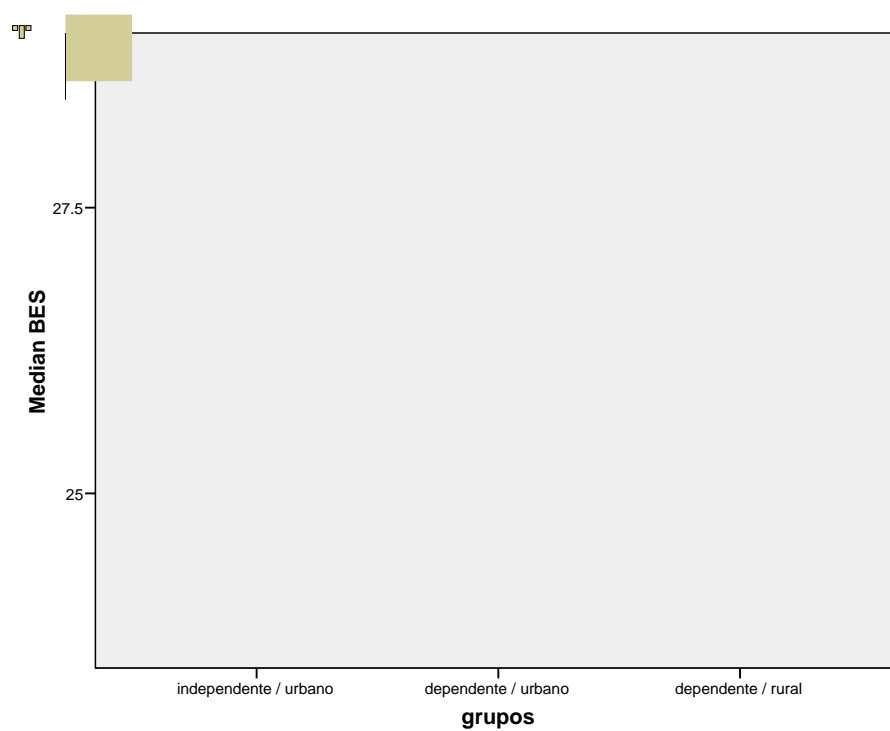


Figura 3- Análise comparativa dos três grupos relativamente à componente de afecto negativo da variável BES (valores medianos)

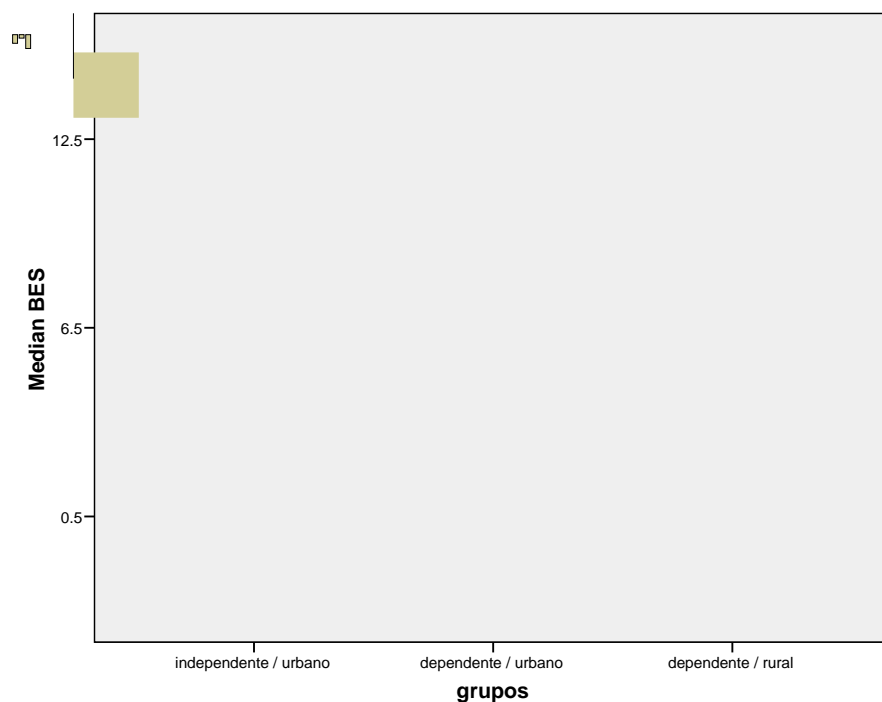


Figura 4- Análise comparativa dos três grupos relativamente à diferença entre PA e NA (valores medianos)

• Análise de correlações

Procedeu-se à análise das correlações entre os vários componentes do constructo BES e a profissão exercida no passado pelos participantes, através do coeficiente de correlação de Spearman. Verificou-se uma correlação de 0,576 (significativa para $p < 0,01$) entre a componente cognitiva do BES e a profissão. Relativamente à afectividade positiva, a sua correlação com a profissão é de 0,586 (significativa para $p < 0,01$). Ambas as correlações encontradas são positivas, ou seja, quanto menos qualificada foi a profissão exercida no passado, maior será o nível de BES revelado (a variável profissão está categorizada de 1 a 9, segundo a classificação nacional de profissões, assistindo-se ao decrescente nível de qualificação da profissão à medida que se avança do 1 para o 9). Quanto à afectividade negativa, esta possui uma correlação de -0,07 com a antiga profissão, o que não é significativo. Por fim, a correlação entre a profissão exercida no passado e a diferença entre PA e NA é de 0,396 (significativa para $p < 0,05$).

Nas figuras 5, 6, 7 e 8 é mais perceptível a expressão de cada uma das componentes cognitiva e afectiva do BES, relativamente às várias profissões exercidas no passado pelas participantes.

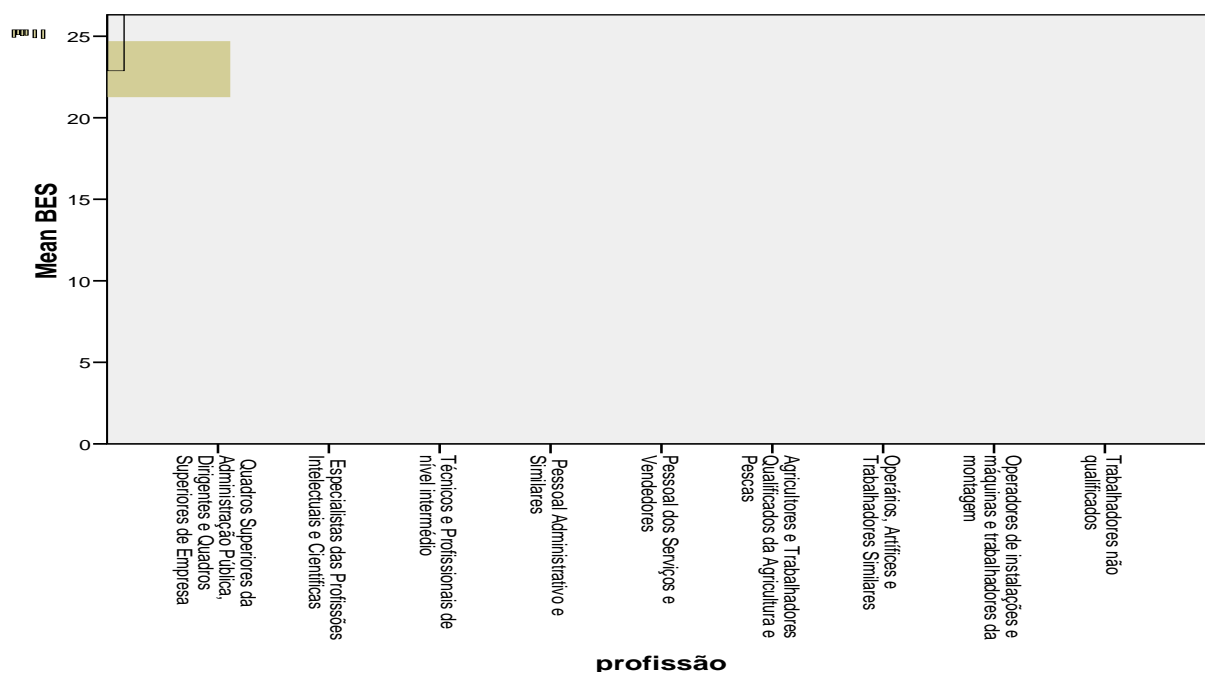


Figura 5- Médias da componente cognitiva da variável BES, relativamente às profissões exercidas no passado

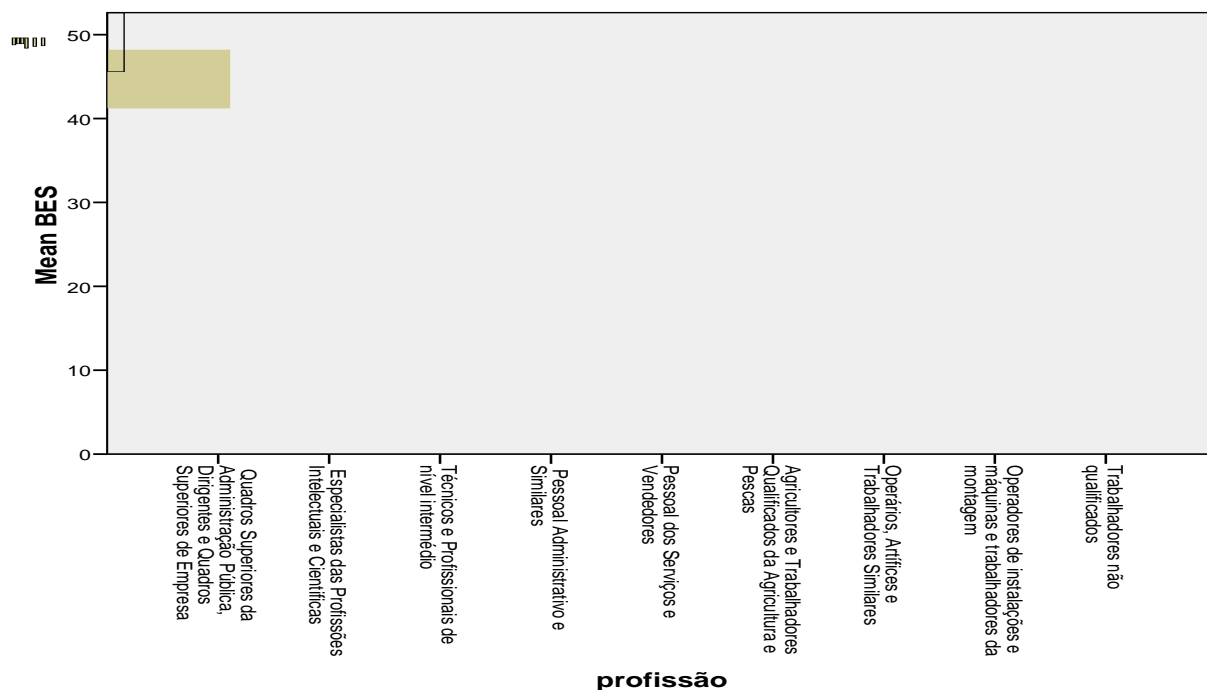


Figura 6- Médias da componente afectividade positiva, relativamente às profissões exercidas no passado

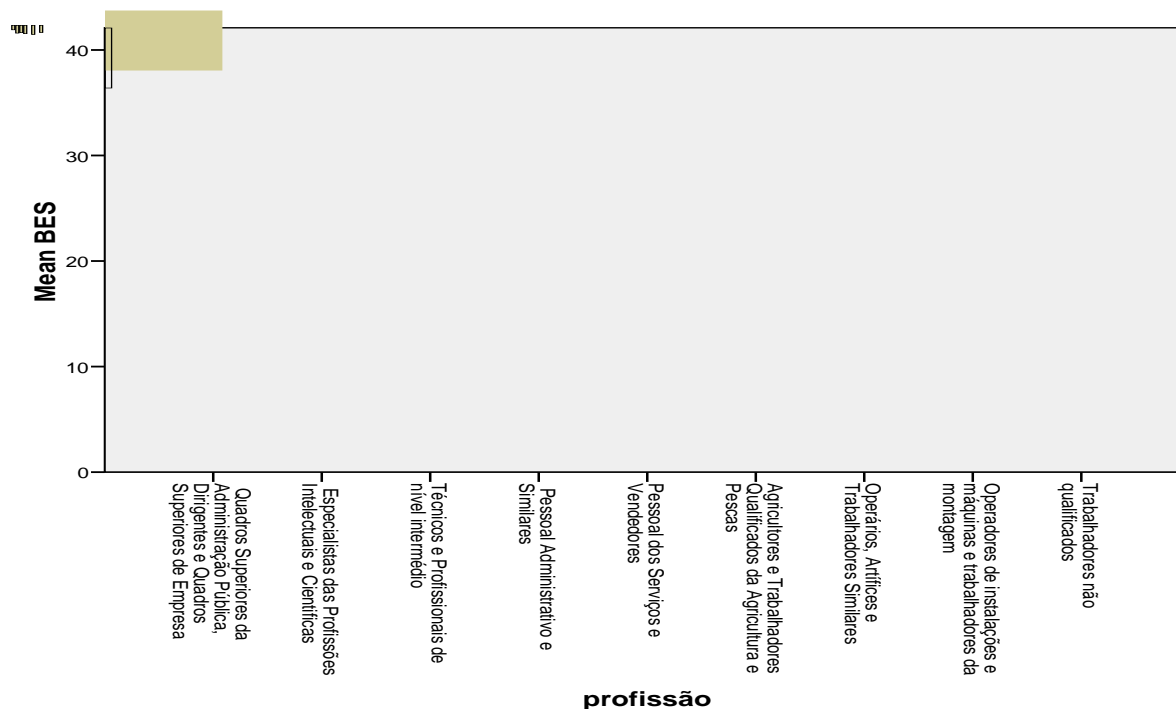


Figura 7- Médias da componente afectividade negativa, relativamente às profissões exercidas no passado

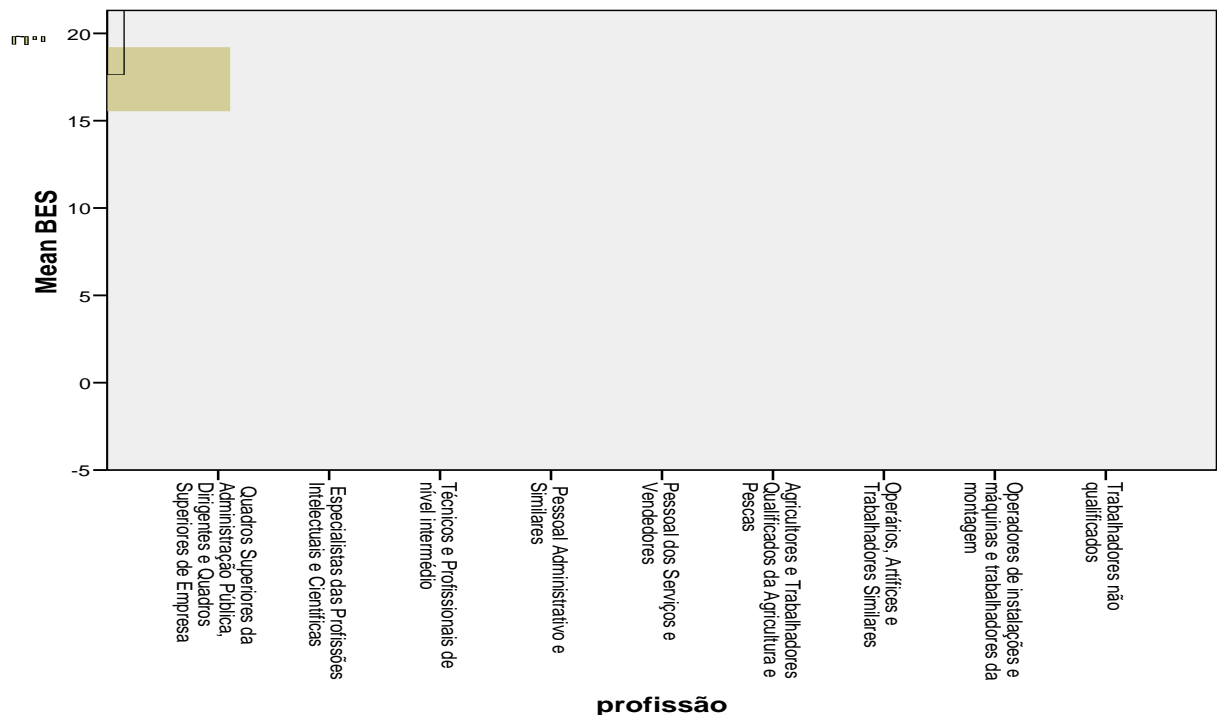


Figura 8- Médias da diferença entre a componente de afecto positivo e negativo da variável BES, relativamente às profissões exercidas no passado

Discussão

Relação entre Autonomia Funcional e Bem-Estar Subjectivo

O primeiro objectivo deste estudo visou compreender a relação entre a autonomia funcional e o BES, em idosas institucionalizadas em contexto urbano. Postulou-se que as idosas independentes possuiriam um nível de BES mais elevado do que as idosas dependentes. Os resultados mostram que não existem diferenças entre os dois grupos de idosas relativamente ao BES. A primeira hipótese é assim infirmada. Tanto as idosas dependentes como as idosas independentes revelam níveis médios de BES relativamente à satisfação com a vida (componente cognitiva) e níveis francamente baixos quer de afectividade positiva quer de afectividade negativa. O nível reduzido destas duas dimensões da componente afectiva do BES reflecte uma ausência de intensidade afectiva nos dois grupos de idosas institucionalizadas em meio urbano.

A institucionalização pode causar no idoso desintegração social. Os idosos residentes em lares sentem-se tendencialmente mais sós e insatisfeitos, afastados das suas redes sociais e num dia-a-dia monótono (Fonseca, 2005). Estes factores podem levar à perda de amor-próprio, perda de interesses pelo mundo exterior (Fernandes, 2002), e consequente diminuição de bem-estar.

No presente estudo as idosas independentes, como apresentam pelo menos uma razoável mobilidade, saem do lar, vão às compras, lancham fora com amigas e promovem encontros com familiares. Embora estes contactos sociais não sejam diários, eles acontecem com alguma regularidade. A maior parte do tempo é no entanto, passado na instituição e em contacto com a vulnerabilidade alheia, com a deterioração biopsíquica e dependência das restantes residentes. Nestas circunstâncias, o idoso tem tendência a deprimir-se e a desinteressar-se de viver (White & Janson, 1986). De facto, segundo os resultados do estudo, os níveis de BES das idosas independentes são médios baixos, valores inferiores ao esperado. As idosas independentes relativamente às dependentes, não se encontram tão debilitadas, têm mais autonomia, maior controlo sobre a sua vida e nem sofreram uma redução da rede social tão drástica quanto as idosas dependentes. Era de esperar que as idosas independentes revelassem níveis mais elevados de BES.

As idosas dependentes contrariamente às independentes estão necessariamente mais vulneráveis, isoladas e à mercê da disponibilidade alheia. Têm menos capacidade de controlar a sua vida e de fazer valer a sua vontade. Os encontros sociais são bastante limitados e dependentes de alguém que as vá visitar, enquanto que as saídas do lar são apenas possíveis se alguém as for buscar. Constatou-se, no entanto, que os níveis de BES destas idosas não diferiam dos níveis de BES das idosas independentes. Segundo Baltes e Reizenzein (1986), a dependência tem uma componente adaptativa. Esta poderá constituir uma fonte de contacto social e atenção, algo que está em falha, pela desintegração social e isolamento propiciados pela institucionalização do idoso dependente. A dependência pode assim comportar um ganho secundário bastante valioso para o indivíduo. As idosas dependentes não têm uma vida social tão activa fora do lar, como as idosas independentes. No entanto, a dependência pela sua própria natureza propicia um maior e mais íntimo contacto com o cuidador.

Relação entre Bem-Estar Subjectivo e Meio Ecológico

O segundo objectivo deste estudo procurou compreender a relação entre o BES e o meio ecológico. Postulou-se que as idosas dependentes residentes em meio rural possuíam um nível de BES mais elevado do que as idosas dependentes residentes em meio urbano. Os resultados confirmam a hipótese 2, mostrando diferenças significativas entre os dois grupos.

As idosas institucionalizadas residentes em meio rural apresentam valores bastante mais elevados de satisfação de vida e de afectividade positiva (PA). Apesar do nível de afectividade negativa (NA) não diferir entre os grupos, o valor da diferença entre PA e NA é superior no meio rural. Isto revela que as idosas institucionalizadas em contexto rural apresentam uma maior preponderância em duração e intensidade das emoções positivas sobre as emoções negativas, comparativamente com as idosas institucionalizadas residentes em contexto urbano.

A maneira como se vive a experiência da institucionalização está relacionada quer com características pessoais, quer com características ambientais. Para alguns idosos esta experiência pode ser encarada como sendo negativa e castradora, assinalando o fim da vida, da liberdade e representando até mesmo a decadência humana. No entanto, para outros idosos a institucionalização assinala uma melhoria considerável das suas condições de vida,

representando um fim de vida devidamente acompanhado e apoiado, tranquilo e pacífico, com todos os luxos e mordomias a que nunca antes tiveram direito.

Um bom indicador de integração social é o facto do idoso ter bons amigos e sentir que o local onde vive lhe proporciona um ambiente seguro, agradável e de boas relações humanas (Castellón, 2003, p.190). As aldeias do meio rural onde se desenvolveu este estudo são localidades pequenas, onde todas as pessoas se conhecem e onde quase todas as pessoas estão ligadas entre si por laços familiares, além dos afectivos. Muitos dos idosos residentes em lar nasceram e viveram toda a sua vida na terra onde estão actualmente institucionalizados, ou pelo menos residiram nesse mesmo local durante uma grande parte da sua vida. Os companheiros de lar são parentes, ou colegas de escola, ou colegas de trabalho. São conhecidos e amigos de longa data. Também as funcionárias do lar são amigas, parentes, ou foram colegas de trabalho, ou filhas de colegas de trabalho, ou filhas de amigas. Na instituição, o prestador de cuidados formal é então alguém com quem se tem uma relação de amizade há muitos anos, o que propicia um maior a vontade aquando da prestação de cuidados. Por tudo isto, o ambiente da instituição é bastante familiar e amigoso.

No meio urbano as relações não são tão próximas, nem com os outros residentes, nem com as funcionárias. Quando o idoso entra para o lar não conhece ninguém, sente-se deslocado, há necessidade de se ambientar a um local estranho e a pessoas estranhas. É um mundo novo a descobrir, numa fase da vida em que as mudanças e adaptações não são fáceis. No meio urbano as relações são mais distantes e o suporte social é mais limitado. Os idosos do meio rural tem a vida mais facilitada, o envelhecimento processa-se de um modo mais natural, saudável, adaptado e sem transições e mudanças de maior, além das associadas à própria idade.

Segundo Rowles (1984, citado por, Sequeira & Silva, 2002) os meios rurais são contextos privilegiados de envelhecimento, onde existe maior familiaridade com o meio. O ritmo de vida é mais lento no contexto rural, e por isso mais favorável aos idosos, cujos tempos de reacção estão lentificados. A maior estabilidade populacional proporciona a manutenção de laços afectivos e uma maior rede de vizinhança, que propicia um maior apoio prático, emocional e psicológico ao idoso. O sentido de identidade, o sentimento de se ser conhecido e querido é outro aspecto muito importante que caracteriza a vida em contexto rural. De acordo com Holland, *et al.* (2005), o envelhecimento num local familiar além de proporcionar a segurança de se conhecer e ser conhecido pelas outras pessoas, permite que se conheça todo o meio ambiente envolvente: os melhores sítios para atravessar a estrada, casas de banho públicas, atalhos, caminhos seguros e lugares com significado especial. A familiaridade com o meio ambiente

pode compensar as perdas de audição e visão próprias da idade, suavizando o sentimento de decadência muitas vezes associado ao envelhecimento. De acordo com Hespanha (1993, citado por, Sequeira & Silva, 2002) os ambientes rurais reforçam a integração social e promovem estabilidade emocional e o Bem-Estar dos mais idosos. Segundo Nascimento (sem data), no contexto rural as relações de parentesco, vizinhança e amizades são vinculadoras e constroem obrigações e compromissos recíprocos. Pelo contrário no contexto urbano, estes elementos são minados pela impessoalidade e distanciamento.

Pode dizer-se que no meio rural existe ainda hoje em dia, embora esta tendência venha a diminuir, uma cultura colectiva, onde o ênfase é posto no grupo e na família. Por outro lado, o meio urbano está associado a uma cultura individualista, onde se enfatiza a autonomia individual e a realização pessoal, onde há mais lugar para o *eu*, do que para o *nós*.

Ao contrário do verificado no presente estudo, Fonseca, Paúl, Martín e Amado (2005) concluem que os idosos rurais se encontram numa condição psicológica não muito animadora, que nem a sua rede social parece colmatar. Segundo os autores, estas populações debatem-se com inúmeras necessidades não preenchidas, enfrentando fortes desvantagens, sobretudo nas áreas da saúde, habitação, rendimento e acesso aos serviços. Além disso, a migração do mundo rural para as zonas urbanas despovoou as comunidades e afastou potenciais cuidadores familiares, florescendo assim a solidão. Num outro estudo comparativo sobre as condições de vida em meio rural e em meio urbano Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2003, citado por Fonseca, Paúl, Martín & Amado, 2005) concluíram que as atitudes face ao próprio envelhecimento são significativamente mais negativas nos idosos urbanos. O mesmo acontece com a ansiedade/agitação, que é mais saliente nos residentes metropolitanos. Tal como no presente estudo, os autores concluíram que o índice global de satisfação de vida é significativamente mais elevado nos residentes rurais do que nos residentes urbanos.

Focalizando a atenção numa outra vertente, o nível de BES individual é em parte determinado pela comparação que o sujeito faz com padrões ou pela recordação do que ele próprio já foi no passado (Michalos, 1985, citado por, Diener & Lucas, 2000). Para averiguar se existe alguma relação entre as condições de vida no passado e as actuais, correlacionaram-se as várias componentes do BES com a profissão exercida no passado pelas idosas. A profissão está directamente ligada ao nível socio-económico do indivíduo e a partir daquela podem-se inferir quais foram as condições de vida do mesmo. Os resultados deste estudo mostram que existem de facto, oscilações nos valores da satisfação com a vida, afectividade

positiva e diferença entre PA e NA, consoante as diversas profissões exercidas no passado pelas idosas. As idosas com profissões menos qualificadas, nomeadamente trabalhadoras rurais, revelam maior satisfação com a vida, maior afectividade positiva e maior preponderância em duração e intensidade das emoções positivas sobre as emoções negativas, relativamente às idosas com profissões mais qualificadas.

Pensemos numa senhora que trabalhou toda a vida no campo, que sempre foi pobre, que sentiu dificuldades em criar os filhos, que sempre foi ela a servir e nunca a ser servida. Essa senhora envelhece, fica dependente e vai para uma instituição. No lar, ela não precisa de preparar refeições, ir às compras, arrumar a casa ou lavar roupa. Depois de anos de servidão, agora é ela a ser servida. Passa de empregada a patroa. “Até me abrem a cama quando me vou deitar!” Muitas idosas só começaram a ser “Senhora Dona” quando entraram para a instituição. A institucionalização representa para estas idosas subir um degrau na sua vida e o resultado da comparação com o passado é sem dúvida positivo. “Foi a melhor coisa que me aconteceu! Entrar para o lar!”

Pensemos agora numa senhora (como é o caso de grande parte das idosas urbanas incluídas neste estudo) de nível socio-económico médio-alto, com uma profissão qualificada, tal como o seu marido, em que ambos nasceram em famílias economicamente favorecidas e por isso nunca tiveram dificuldades económicas. Esta senhora que sempre foi habituada a ter empregadas e a ser servida, envelhece, fica debilitada e entra para uma instituição. No lar, estará “misturada” com pessoas oriundas de uma classe social inferior, que não têm o seu “nível” nem a sua “cultura”. Na instituição perde regalias, perde parte do controlo sobre a sua vida e tem regras a cumprir, tal como todos os utentes. Agora as ordens não são dadas por si, não tem o luxo a que estava habituada e é tratada de igual modo, como todas as outras utentes do lar. Esta senhora só pode sentir uma enorme nostalgia do passado, uma enorme vontade que a sua vida volte a ser o que era. Enquanto idosa institucionalizada, ela desceu um degrau na sua vida. “Agora já não sou ninguém”.

Segundo as *teorias de discrepância do self* de Rogers, a congruência “self-aspect” está significativamente correlacionada com ambos os estados emocionais específicos, afecto positivo e afecto negativo, bem como com a satisfação com a vida (Pavot, Fujita & Diener, 1997).

De acordo com os resultados do teste de satisfação com a vida, as idosas institucionalizadas em meio rural revelam que estão satisfeitas com a sua vida, que as suas condições de vida são muito boas e que a sua vida é como elas gostariam que ela fosse. Estas

idosas revelam então congruência “self-aspect”, as suas condições de vida estão niveladas com o seu ideal de vida. Estas idosas estão assim, perfeitamente ajustadas e adaptadas à instituição e à sua vida actual, portanto à velhice e a tudo o que de bom e de mau esta acarreta, como a dependência. A congruência está consistente e positivamente correlacionada com emoções positivas, como o amor e a alegria, e consistente e negativamente correlacionada com emoções negativas, como raiva, medo, tristeza e vergonha (Pavot, Fujita & Diener, 1997). Por outro lado, as idosas institucionalizadas em meio urbano revelam que estão apenas medianamente satisfeitas com a sua vida. A congruência “self-aspect” está assim comprometida, na medida em que as suas condições de vida actuais não estão alinhadas com o seu ideal de vida. A incongruência entre o estado real e o estado ideal gera inadaptação e por isso, sofrimento psicológico (Rogers, 1959). Este sofrimento é expresso em forma de ansiedade, depressão, insatisfação e tristeza (Pavot, Fujita & Diener, 1997). Também a teoria dos *possible selves* (Markus & Nurius, 1986) se enquadra nesta perspectiva. Os indivíduos avaliam, interpretam e aceitam com mais ou menos satisfação o presente e concebem o seu futuro, consoante as suas representações do self no passado.

Enquanto que as idosas rurais não são muito exigentes, porque a vida assim as condicionou, e são felizes se as suas necessidades básicas forem colmatadas, as idosas urbanas necessitam de muito mais para se sentirem bem.

Como limitações relacionadas com os resultados há a salientar o facto da amostra ser reduzida, bem como esta não ser representativa da população alvo, nem das instituições de terceira idade. Além disso, devido a características idiossincráticas quer população idosa urbana, quer da população idosa rural em estudo e a especificidades da institucionalização em meio urbano e em meio rural, os grupos em estudo não são homogéneos.

A funcionalidade é um aspecto que em muito influencia a qualidade de vida do idoso. Sendo a perda de autonomia uma das principais causas da institucionalização, revela-se assim, de grande importância a avaliação da autonomia funcional do idoso institucionalizado. Uma possível adaptação do MAB (Botelho, 2000) à população idosa residente em lar, anuncia-se como sendo extremamente útil, visto que a versão de internamento actual não reflecte o grau de autonomia funcional que o indivíduo consegue manter, residindo em instituição.

Conclusão

O Bem-Estar Subjectivo corresponde à avaliação subjectiva que o indivíduo faz acerca da sua própria vida. Através dele consegue-se portanto, averiguar a percepção que o indivíduo tem acerca da sua qualidade de vida.

Conclui-se deste estudo que as idosas independentes possuem um nível de BES semelhante ao das idosas dependentes. Apesar dos estudos acerca da relação entre o BES e o meio ecológico terem vindo a gerar conclusões contraditórias, este estudo mostra claramente que as idosas dependentes residentes em meio rural possuem um nível de BES mais elevado do que as idosas dependentes residentes em meio urbano. No entanto, devido às características da amostra em estudo, estas conclusões não poderão ser generalizadas a toda a população idosa institucionalizada.

Bibliografia

- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *In* P. Baltes, & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press.

- Baltes, M., & Reizenzein, R. (1986). The social world in long-term care institutions: psychosocial control toward dependency. *In* M. Baltes, & P. Baltes (Eds.), *The psychology of control and aging* (pp. 315-343). London: Lawrence Erlbaum Associates.

- Botelho, M. A. (2000). *Autonomia funcional em idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Edições Bial.

- Bowling, A. (1997). The measurement of functional ability. *In* A. Bowling (Ed.), *Measuring health. A review of quality of life measurement scales* (2ªed.) (pp. 17-37). Buckingham: Open University Press.

- Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061-1070.

- Campos, C. (1982). *Adequação da intensidade de cuidados dos níveis de dependência dos idosos. Análise económica das ineficiências*. Dissertação de doutoramento. Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Charazac, P. (2004). A Dependência e a autonomia. *In* Charazac, P., *Introdução aos cuidados gerontopsiquiátricos* (pp. 59-74) (M. Fernandes trad.). Lisboa: Climepsi Editores (obra original publicada em 2001).

- Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. *Revista de estudos demográficos*, 36, 175-191.

- Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 13 (3), 188-192.

- Cheng, S. (2004). Age and subjective well-being revisited: a discrepancy perspective. *Psychological and Aging*, 19, 409-415.

- Costa, P., & McCrae, R. (1991). The NEO personality inventory: using the five-factor model in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 69, 367- 372.

- Damásio, A. (2001). Fundamental feelings. *Nature*, 413, 781.

- DeNeve, K., & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-34.

- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000, Fevereiro). New Directions in Subjective Well-Being Research: The Cutting Edge. Retirado em 15 de Dezembro de 2007 de http://s.psych.uiuc.edu/~ediener/hottopic/NEW_DIRECTIONS.html

- Diener, E., & Lucas, R. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2^aed.) (pp. 325-337). New York: The Guilford Press.

- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture and subjective well-being: emotional and cognitive evaluation of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-424.

- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40 (1-2), 189-216.

- Diener, E., Suh, E. M., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. Retirado em 15 de Dezembro de 2007 de <http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/hottopic/paper12.htm>

- Diener, E., & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and age: an international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

- Duarte Silva, M. E. (2005). Saúde Mental e Idade Avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.137-156). Lisboa: Climepsi Editores.

- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed – A review*. New York: W. W. Norton.

- Fernandes, P. (2002). Processo de envelhecimento. *In* P. Fernandes, *A depressão no idoso* (2ªed.) (pp. 19-53). Coimbra: Quarteto Editora.

- Fillenbaum, G. G. (1984). *The wellbeing of the elderly. Approaches to Multidimensional Assessment*. Genebre, OMS.

- Fontaine, R. (2000). O envelhecimento bem sucedido, o envelhecimento óptimo. *In* R. Fontaine, *Psicologia do envelhecimento* (pp. 147-158). Lisboa: Climepsi Editores.

- Fonseca, A. M., Paúl, C., Martín, I., & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. *In* C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.97-108). Lisboa: Climepsi Editores.

- Fonseca, A. M. (2005). O Envelhecimento Bem Sucedido. *In* C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.97-108). Lisboa: Climepsi Editores.

- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions: the emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*, 91, 330-335.

- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531-543.

- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 6, 203-214.

- Holland, C., Kallaher, L., Peace, S., Scharf, T., Breeze, E., Gow, J., & Gilhooly, M. (2005). Getting out and about. In A. Walker (Eds.), *Understanding quality of life in old age* (pp. 49-63). New York: Open University Press.

- INE (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de estudos demográficos*, 32, 185-208.

- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Associations*, 185, 914-919.

- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being. The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.

- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.

- Lawton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A Research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 37, 91-99.

- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible Selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.

- Nahemow, L. (2000). The ecological theory of aging: Powell Lawton's legacy. In R. Rubinstein, M. Moss, & M. H. Kleban (Eds.), *The many dimensions of aging* (pp. 22-40). New York: Springer Publishing Company.

- OMS (2003). *A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde* (CIF). São Paulo.

- Ostir, G. V., Ottenbacher, K. J., & Markides, K. S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, 19, 402-408.

- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C., & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.

- Pavot, W., Fujita, F., & Diener, E. (1997). The relation between self-aspect congruence, personality and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 22 (2), 183-191.

- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stahelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 470-482.

- Sagiv, L., & Schwartz, S.H. (2000). Value priorities and subjective well-being: direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30, 177-198.

- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology - An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, XX, 505-516.

- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI, 503-515.

- Simões, A. (2006). Felizes na Velhice. *In* Simões, A., *A nova Velhice: Um novo público a educar* (pp. 102-135). Porto: Âmbar.

- Siu, A. L., Reuben, D. B., & Moore, A. A. (1994). Comprehensive geriatric assessment. *In* W. R. Hazzard e col. (Eds.), *Principles of geriatric medicine and gerontology* (3ªed.) (pp. 203-211). McGraw-Hill

- Steverink, N., & Lindenberg, S. (2006). Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging? *Psychology and Aging*, 21, 281-290.

- Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J., & Rubenstein, L. R. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342, 1032-1036.

- Tobin, S. S. (1989). The effects of institutionalization. *In* K. S. Markides & C. L. Cooper (Eds.), *Aging, Stress and Health* (pp.139-162). John Wiley & Sons.

- Verdugo, M. A., & Gutiérrez-Bermejo, B. (1999). Promoción de la autonomía. *In* I. Montorio & M. Izal (Eds.), *Intervención psicológica en la vejez: aplicaciones en la ámbito clínico y de la salud* (pp. 43-57). Madrid: Editorial Síntesis.

- White, C. B., & Jason, P. (1986). Helplessness in institutional settings: adaptation or iatrogenic disease? *In* M. Baltes & P. Baltes (Eds.), *The Psychology of Control and Aging* (pp. 297-313). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Anexos